

UNIVERSITÉ DE LYON
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE - N° 147

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
RHUMATISME TUBERCULEUX
CHEZ LES ENFANTS

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON
SECTION de MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

le 6 Décembre 1922

PAR

Dragolioub TCHVORITCH

né à LOZNITZA (Serbie) le 8 Septembre 1896



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

45, Quai Gailleton, 45

Téléphone 63-56

1922

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DU RHUMATISME TUBERCULEUX
CHEZ LES ENFANTS

UNIVERSITE DE LYON
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE - N° 147

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

RHUMATISME TUBERCULEUX CHEZ LES ENFANTS

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

SECTION de MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

le 6 Décembre 1922

PAR

Dragoljub TCHVORITCH

né à LOZNITZA (Serbie) le 8 Septembre 1896



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

45, Quai Gailleton, 45

Téléphone 63-56

—
1922

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire	M. HUGOUNENQ.
Doyen	MM. J. LEPINE.
Assesseur	ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE, LACASSAGNE, TESTUT,
A. FLORENCE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TESSIER
Cliniques chirurgicales	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements	BARD
Clinique ophtalmologique	TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	BERARD
Clinique neurologique et psychiatrique	COMMANDEUR.
Clinique des maladies des enfants	ROLLET
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	LEPINE (J.)
Clinique des maladies des voies urinaires	WEILL
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	POLOSSON (A.)
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	LANNOIS
Chimie biologique et médicale	ROCHET
Chimie organique et Toxicologie.	N.-JOSSEAND
Matière médicale et Botanique	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	HUGOUNENQ
Anatomie	MOREL
Histologie	X
Physiologie.	GUART
Pathologie interne	LATARJET
Pathologie et Thérapeutiques générales	POLICARD
Anatomie pathologique	DOYON
Chirurgie opératoire	COLLET
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	MOURIQUAND
Médecine légale	PAVLOT
Hygiène.	VILLARD
Thérapeutique.	ARLOING (F.)
Pharmacologie	Etienne MARTIN
	COURMONT (P.)
	PIC
	MOREAU

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	VALLAS.
— Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
— Chimie minérale	BARRAL
— Urologie	GAYET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Anatomie topographique	PATEL
Botanique.	BRETIN
Embryologie	GRAVIER.
Orthopédie	LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	CHATIN.
Stomatologie.	TELLIER

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	SAVY	HOVELACQUE	ROUBIER
BRETIN	FROMENT	TRILLAT	FAVRE
LERICHE	THEVENOT (L.)	SAKONAT	BONNET
THEVENOT (Léon)	FIERY	FLORENCE	NOEL chargé
TAVERNIER	COTTE	ROCHAIX	des fonctions
CADE	DUROUX	CORDIER	
GARIN			

M. BAYLE, secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. MOURIQUAND, *Président* ; M. ROQUE, *Assesseur* ;
MM. LERICHE et CADE, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE LIOUBOMIR

A MA CHÈRE EPOUSE ET A MES ENFANTS

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES BEAUX-PARENTS

A MES FRÈRES ET SŒURS

A MES BEAUX-FRÈRES

A TOUTE MA FAMILLE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR MOURIQUAND
Professeur de Pathologie et de Thérapeutique générales
Médecin des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'honneur

Nous le prions de trouver ici nos
plus vifs remerciements pour
l'honneur qu'il nous fait de pré-
sider notre thèse inaugurale.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ R. LERICHE
Chirurgien des Hôpitaux

Il a inspiré le sujet de notre thèse.
Nous n'oublierons jamais l'aima-
ble accueil qu'il nous a toujours
fait, ainsi que les conseils qu'il
nous a donnés au cours de ce
travail.

A MES JUGES

△ MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ ET DES HÔPITAUX
DE LYON

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DU RHUMATISME TUBERCULEUX
CHEZ LES ENFANTS

AVANT-PROPOS

Au cours de nos études médicales, nous avons eu l'occasion d'observer quelques cas de rhumatisme tuberculeux, et ceci nous a donné l'idée d'en faire le sujet de notre thèse inaugurale.

Nous avons connu en détails le rhumatisme tuberculeux, en fouillant dans les nombreux travaux, et communications faites aux diverses sociétés savantes et, parus depuis 1896 jusqu'à ce jour.

Nous avons soigneusement étudié le fond de la doctrine même, et en rapprochant les cas déjà publiés, avec les faits nouveaux que nous avons observé personnellement, il nous a semblé, que la maladie de Poncet, née et formée à Lyon, méritait pleinement d'être retirée de l'oubli, où on l'avait un peu abandonnée depuis 1913.

.. Nous avons eu l'honneur d'avoir pour maître direct, un des fondateurs de la Tuberculose inflammatoire,

dont le rhumatisme tuberculeux n'est qu'une manifestation, une simple localisation. M. le professeur agrégé Leriche, dont les conseils et les encouragements nous ont été si précieux au cours de ce travail, a droit, à notre pleine gratitude. Nous le prions de trouver ici, l'expression de nos plus vifs remerciements, et de nos sentiments très respectueusement dévoués.

Monsieur le Professeur Mouriquand nous a toujours reçu avec son amabilité habituelle. Les conseils qu'il nous a donnés, nous ont grandement facilité l'exécution de ce travail.

Nous lui devons une observation des plus manifestes, insérée dans cette thèse. Qu'il veuille bien accepter ici nos vifs remerciements.

M. le Docteur Péhu, médecin de la Charité, a été pour nous un maître bienveillant et cordial, il nous a communiqué des faits très intéressants à l'appui de notre thèse. Qu'il reçoive ici nos sincères remerciements. Nous sommes très reconnaissants à M. le Docteur Vignard, chirurgien de la Charité, pour l'observation qu'il a bien voulu nous permettre d'insérer. Nous remercions sincèrement M. le Professeur Nobécourt, de Paris, pour l'amabilité, avec laquelle il nous a permis de prendre communication, de son très intéressant rapport au dernier Congrès de Pédiatrie.

Nous remercions également tous nos Maîtres de la Faculté et des Hôpitaux, auxquels nous devons tout pour notre éducation médicale.

CHAPITRE PREMIER

Etiologie - Pathogénie - Fréquence.

La notion du Rhumatisme tuberculeux, rhumatisme d'origine bacillaire, soumis aux mêmes lois de la pathologie générale que les pseudos-rhumatismes infectieux, est devenué classique.

Depuis les premières communications du Professeur Poncet, on l'a envisagé sous ses diverses formes, on a décrit ses différentes manifestations.

On comprend sous le nom de Rhumatisme tuberculeux, un ensemble de manifestations d'apparence rhumatismales, d'origine bacillaire, portant principalement sur les articulations, où elles revêtent tous les caractères du rhumatisme articulaire aigu, des pseudo-rhumatismes infectieux, ou de rhumatisme chronique.

Dans ce modeste travail, nous ne pouvons pas insister sur les considérations de pathologie générale, sur lesquelles est édifiée la théorie de Rhumatisme tuberculeux, et qui ont permis au Professeur Poncet, de dégager cette affection, des différentes lésions, avec lesquelles on l'avait jusqu'alors confondue.

L'Ecole lyonnaise, sous l'impulsion de son célèbre professeur, a fourni, un ensemble de preuves cliniques et anatomiques, de l'origine tuberculeuse de cette maladie. Cependant, la question de l'origine bacillaire, a donné lieu à de nombreuses discussions, étant donné, que les lésions du rhumatisme tuberculeux, diffèrent des lésions habituelles de la tuberculose, et se révèlent par la fluxion, par des accidents congestifs, allant de l'hyperémie passagère sèche, exsudative, à l'inflammation franche, aiguë, chronique, etc., *mais sans lésions spécifiques*.

Cette absence de lésions spécifiques, qui a tant rebuté certains esprits est cependant un fait, que l'on retrouve fréquemment, dans l'histoire de certaines maladies spécifiques. Et pour la tuberculose même, on en retrouve dans la littérature actuelle maints exemples. Aussi, le grand mérite de Poncet et Leriche est-il tout justement, d'avoir découvert la Tuberculose spécifique, *Tuberculose inflammatoire*.

Ces deux savants lyonnais ont montré, qu'à côté de la Tuberculose classique dans ses réactions, caractérisée par les tubercules, la fonte caséuse, le pus, les fongosités, il en est une autre, mitigée, moins grave, purement inflammatoire, dont les lésions anatomiques, dépourvues de tout critérium, ne diffèrent pas de celles produites par d'autres infections, par d'autres intoxications. Cette tuberculose, trop peu virulente, pour déterminer les désordres anatomiques de la tuberculose classique, est capable cependant, de donner naissance à des phénomènes inflammatoires, sur la plupart des organes, de préférence sur les

séreuses et les synoviales articulaires, en vertu de la propriété particulière que possèdent ces tissus, de réagir aux infections tuberculeuses, même les plus atténuées.

A ces localisations inflammatoires correspondent en particulier, les phénomènes cliniques du rhumatisme tuberculeux.

Accueillie à son apparition avec un certain scepticisme et, tout d'abord vivement discutée, bientôt vérifiée par l'observation journalière, enfin contrôlée par l'expérimentation, cette doctrine nouvelle, bien établie, est aujourd'hui, en dehors de tout conteste, quoi qu'on en ait pu dire.

L'existence du rhumatisme tuberculeux est démontrée pratiquement par les faits suivants :

La transformation d'une arthrite, purement inflammatoire, d'apparence rhumastimale, en tumeur blanche fongueuse. Certains auteurs estiment, qu'il s'agit là d'une erreur de diagnostic de tumeurs blanches, méconnues au début, et dépistées ultérieurement. C'est une objection purement théorique, qu'il est plutôt excessif d'opposer à des cliniciens comme Poncet, et que les faits ne justifient pas. Dans certains cas de rhumatisme tuberculeux, la transformation en tumeur blanche est faite, après plusieurs attaques rhumatismales, avec période de guérison complète intercalaire.

En réalité, le commencement de l'imprégnation bacillaire, masquée au début, évolue plus tard, vers une forme plus maligne, et dans cette catégorie de faits, il s'agit de l'augmentation locale de virulence d'un processus, *tuberculeux dès la première heure.*

En outre, on a parlé de la coexistence du rhumatisme articulaire aigu franc, avec la tuberculose. Un tuberculeux avéré, disent certains auteurs, peut parfaitement, présenter, une ou plusieurs attaques rhumatismales, sans qu'il y ait une relation de cause à effet, entre les deux maladies. Nous ne voyons pas très bien sur quoi peut s'appuyer un raisonnement pareil ! Nous voilà en présence d'un sujet qui manifeste la plus infectante des maladies. Cet individu fait une poussée rhumatismale et, au lieu de la rattacher à la tuberculose, dont elle n'est qu'une manifestation, une simple localisation, on la met sur le compte d'une nouvelle maladie, de nature inconnue, d'essence mal déterminée. Nous estimons, avec MM. Poncet et Leriche, qu'un raisonnement pareil est contraire à la logique, et aux lois de la Pathologie générale.

L'existence du rhumatisme tuberculeux est démontré expérimentalement en clinique, par l'apparition d'accidents rhumatismaux, à la suite d'injections de tuberculine. On cite toujours l'observation du Professeur Lannelongue qui, au moment de la vogue du traitement de la tuberculose par la tuberculine de Koch, a observé, chez un enfant, atteint du lupus de la face, à la suite de ces injections, de poussées rhumatismales.

De plus, au point de vue *médecine expérimentale pure*, certains auteurs (J. Courmont, L. Dor), ont obtenu des arthrites séreuses d'apparence banale, à la suite d'injections intra-veineuses de cultures atténuées de tuberculose.

..Pathogéniquement, on a voulu refuser au bacille de Koch, la propriété d'engendrer des lésions à distance. On ne lui accordait pas la faveur, que l'on donne si largement, aux autres microbes. Cependant Bouchard avait écrit :

« Toutes les maladies infectieuses peuvent présenter, parmi leurs manifestations contingentes, des déterminations articulaires, distinctes du vrai rhumatisme, et relevant de l'infection générale de l'organisme. »

La tuberculose n'est-elle pas une maladie infectieuse ? D'après certains auteurs, pour qu'une arthrite soit reconnue de nature tuberculeuse, il faut nécessairement la présence du bacille responsable. Or, *il est démontré actuellement qu'il existe nombre de tuberculoses, sans que nous puissions déceler le bacille de Koch, avec nos moyens d'investigations habituels.*

MM. Poncet et Leriche ont prouvé pour le rhumatisme tuberculeux, que le bacille de Koch n'agit pas par sa présence directe, mais à distance, par ses toxines diffusibles.

Le foyer bacillaire ancien ou récent, existe en un point quelconque de l'organisme. De ce foyer, les toxines peuvent être versées dans la circulation, et se fixer sur les articulations, pour y produire des lésions, auxquelles manque la signature habituelle du bacille, mais qui n'en sont pas moins pour cela, une manifestation certaine, de l'intoxication bacillaire.

Dans cet ordre d'idées, nous citerons le très intéressant travail de MM. Dominici et Ostrowsky : « Recherche sur les Poisons du Bacille de la Tuberculose. »

« Les effets des poisons diffusibles, disent ces auteurs, sont de tout ordre : endocardites chroniques (Potain-Teissier, 1894) arthrites généralisées (Teissier), lésions multiples du foie et du rein où les bacilles sont absents ou rares, méningo-encéphalites (Poncet, Villaret, Tixier, Bombici et Chartier), névrites décrites par Landouzy, Resenteim, Carrière, Fox et Durante, lésions multiples du squelette, des articulations, des tissus péri-articulaires, des séreuses (Poncet, Leriche, Dor), tuberculides de Darier, typiques ou atypiques (Poutier), représentant pour certaines d'entre elles, de véritables toxi-tuberculines (Hallopeau, Bœck, Leredde, etc.).

« Soutenue par Potain, Teissier, Poncet, Leriche, Dor et d'autres cliniciens, cette théorie est actuellement réfutée par des arguments tirés de l'expérimentation. »

« Nous la réhabilitons au nom de l'expérimentation, et nous croyons, qu'elle peut s'appliquer justement, à la pathogénie des états morbides les plus dissimilables. »

Et après : « Pour nous, le bacille n'est pas l'axe nécessaire de toutes ces lésions, mais une source de poisons, dont les effets altérant ou stimulant, s'étendent de ses entours immédiats, aux régions les plus distantes de son habitat. »

Cette conception cadre bien avec les faits cliniques suivants : Les arthropathies consécutives à l'injection de tuberculine de Koch ; les réactions locales chez les rhumatisants, après les tuberculino-réactions, une ophtalmo-réaction ; le balancement entre les

arthropathies et la marche des accidents pulmonaires, etc.

MM. Gaudier et Gorse ont cherché, s'il était possible de produire expérimentalement, des lésions inflammatoires simples, avec des produits tuberculeux. Leurs recherches ont porté sur une série d'expériences, dont voici les résultats résumés :

1° Une injection intra-osseuse de culture de bacille de Koch, chauffée à 70° pendant vingt minutes, a déterminé du côté de l'extrémité inférieure du fémur, de la congestion et, même au bout d'un certain temps, de l'inflammation médullaire, ainsi que de la dégénérescence hyaline.

3° En faisant pénétrer de la tuberculine sèche, dans l'extrémité inférieure du fémur d'un cobaye préalablement tuberculisé, on provoque de la congestion des vaisseaux du tissu osseux, et une légère réaction inflammatoire de la moelle osseuse.

4° Une injection intra-osseuse de culture de bacilles de Koch, chauffée à 45°, dans l'extrémité inférieure du fémur d'un lapin, détermine un épaississement fibreux de la synoviale.

5° Une injection intra-articulaire faite dans les mêmes conditions, détermine un épaississement fibreux de la synoviale, et une légère congestion médullaire du côté du squelette.

Le Professeur Anzilotti ayant fait une série d'expériences conclut que : « On doit attacher une grande importance aux poisons diffusibles du bacille de Koch, et admettre que les lésions tuberculeuses à

distance, peuvent se produire, dans les conditions spéciales de la diminution de résistance de l'articulation. »

Cet auteur a observé que chez les cobayes tuberculeux, les injections de tuberculine répétées dans les articulations, produisent des lésions synoviales manifestes et il conclut : « Les substances toxiques du bacille de Koch peuvent, dans des conditions spéciales provoquer des lésions de nature inflammatoire. Un foyer tuberculeux latent, produit avec les toxines diffusibles, la réaction inflammatoire dans la synoviale.

« Nous devons donner aux toxines une importance pathogénique, parce que les toxines à elles-mêmes, peuvent donner lieu à une arthropathie tuberculeuse. »

Le rhumatisme tuberculeux survient généralement, chez des malades, présentant des lésions bacillaires, déjà diagnostiquées comme telles. Mais il peut apparaître plus ou moins brusquement, chez des personnes, en pleine santé apparente ou paraissant l'être. Soit qu'il se manifeste chez des tuberculeux avérés, soit qu'il apparaisse, comme le premier signe d'alarme, d'une intoxication bacillaire bientôt plus grave, il peut être primitif ou secondaire.

« Vous verrez, dit le Professeur Poncet, dans une de ses cliniques, des Polyarthrites aiguës, apparaissant au cours d'une tuberculose chirurgicale, et surtout de la phtisie pulmonaire (rhumatisme tuberculeux consécutif ou secondaire), mais vous noterez aussi, le rhumatisme articulaire aigu comme premier indice

de l'infection bacillaire (rhumatisme tuberculeux primitif). »

Mais, sous ces deux formes cliniques différentes, le rhumatisme tuberculeux ne présente pas le même intérêt, ni au point de vue de ses manifestations, ni en ce qui concerne son évolution ultérieure.

En effet, un rhumatisme tuberculeux secondaire, apparaissant au cours d'une tuberculose ancienne, greffé en quelque sorte sur les lésions bacillaires, reconnues auparavant, équivaut à un symptôme surajouté, mais qui ne change en rien le diagnostic de la tuberculose, porté antérieurement, et ne modifie pas sensiblement l'état général.

Il n'en est pas ainsi du rhumatisme tuberculeux primitif. Cette forme clinique a une signification toute particulière. Confondue souvent avec la maladie de Bouillaud, ou masquée sous enveloppe de douleurs dites « de croissance », il se manifeste en réalité, comme le premier indice d'une infection bacillaire, latente et encore ignorée.

De ce fait, sa valeur séméiologique est considérable, car, si l'on en reconnaît bien les caractères, il devient un *signe révélateur de la tuberculose au début*. La fréquence du rhumatisme tuberculeux est très variable, suivant les auteurs. De Mouzy, enquêtant au sanatorium d'Hauteville, trouve une proportion de 22 o/o. Trebeneau, dans sa thèse, inspirée par le Professeur Poncet, donne un chiffre de 17 o/o. Lionnet, dans sa thèse, calculant sur les enfants hospitalisés dans le service de Barbier compte dix rhumatisants tuberculeux sur cent tuberculeux pulmonaires, soit 10 o/o.

Betchow, dans une statistique récente, n'en mentionne pas 5 o/o. On voit, par la différence de ces chiffres, combien il est difficile d'établir une statistique rigoureusement scientifique. En vérité, nous croyons qu'il est impossible, de prouver, par des chiffres, d'une façon exacte, la fréquence du rhumatisme tuberculeux.

D'après nous, elle varie suivant les climats, les pays, les conditions générales et le genre de vie du malade, situation sociale, terrain, etc.

En ce qui concerne les causes adjuvantes, ce sont celles qui favorisent le développement de la tuberculose elle-même. C'est un ensemble de conditions hygiéniques déplorables : l'allaitement vicié dans le tout jeune âge et, plus tard, toutes les privations que réserve la vie aux personnes dont l'existence matérielle n'est pas assurée d'un minimum suffisant ; la mauvaise alimentation, faite de nourriture grossière et non substantielle, surmenage, aussi bien intellectuel que physique ; les habitats dans les chambres où l'eau ruisselle sur les murs, où l'air est froid, où l'eau ruisselle sur les murs, où le soleil ne pénètre jamais et où l'eau ruisselle sur les murs ».

Trois groupes de circonstances spéciales favorisent plus communément le développement des arthropathies tuberculeuses.

1° C'est d'abord la disposition tuberculeuse familiale. Cette influence des ascendants est considérable. Fowler l'avait trouvée vingt fois sur cent cas examinés. Le Professeur J. Teissier dit l'avoir notée plus

souvent encore, et dans certains milieux, elle semble tellement active que plusieurs membres de la même souche familiale sont frappés simultanément de déterminations articulaires tuberculeuses (M. le Professeur agrégé Léon Thévenot a bien étudié cette particularité sous le nom de rhumatisme tuberculeux familial.)

2° C'est ensuite l'existence chez un sujet de santé en apparence satisfaisante, d'une détermination tuberculeuse peu virulente et localisée, parallèlement ou consécutivement, à laquelle, évoluera une manifestation articulaire tuberculeuse.

3° C'est enfin toute une série de cas de tuberculose pulmonaire avérée à évolution générale lente ou d'arthrite fongueuse grave, du type de la tumeur blanche classique au cours de la durée desquels on voit apparaître une poussée plus ou moins aiguë de Rhumatisme tuberculeux.

CHAPITRE II

Symptomatologie et formes Cliniques.

Cliniquement, les accidents rhumatismaux d'origine bacillaire se présentent sous trois formes différentes : Tantôt ce sont des douleurs erratiques vagues, imprécises, spontanées ou provoquées, plus ou moins localisées aux articulations, ou s'étendant à la continuité des membres, tantôt ce sont des arthrites aiguës, subaiguës, mono ou polyarticulaires, offrant tous les caractères cliniques du rhumatisme franc ou d'un rhumatisme infectieux. Tantôt enfin ce sont des arthropathies chroniques, noueuses ou ankylosantes.

Nous diviserons donc ce chapitre en trois paragraphes, suivant que nous aurons à étudier :

- 1° Les arthralgies ;
- 2° Les arthrites rhumatismales tuberculeuses aiguës et subaiguës ;
- 3° Le rhumatisme tuberculeux chronique.

§ I. — ARTHRALGIES.

C'est le type clinique le plus fréquemment observé. Dans la thèse de Trebneau, nous en relevons onze sur dix-sept cas examinés. Dans celle de Lionnet, inspirée par Barbier, nous notons six arthralgies sur un total de onze cas de rhumatisme tuberculeux.

Les douleurs érratiques chez les tuberculeux avérés ont été signalées depuis longtemps (Beau, Perroud). M. le Professeur Weill en a fait une étude remarquable. Mais elles existent aussi comme le premier signe de la bacillose, et c'est là, toute leur importance, croyons-nous. Provoquées ou spontanées, elles sont généralement légères, sourdes, imprécises, exagérées par le mouvement et la fatigue.

Ces douleurs sont l'expression subjective d'une lésion très légère et purement inflammatoire, mais elles représentent le commencement d'une imprégnation bacillaire qui peut évoluer ultérieurement vers une forme plus grave. Malgré le vague de leur symptôme, à cause même de ce vague, de ce manque de précision, elles présentent un intérêt clinique considérable. Elles peuvent atteindre toutes les articulations, mais les grandes sont plus souvent frappées que les petites.

Avec Barbier, on les divise en trois groupes :

1° Hypérésthésies musculaires ;

2° Hypéresthésies osseuses ;

3° Hyperesthésies articulaires.

a) *Hyperesthésie musculaire*. — Elles sont fréquen-

tes et se rencontrent généralement chez les enfants d'aspect chétif, maigres, qui présentent en même temps des sueurs nocturnes, un peu de fièvre, une légère perte d'appétit. On les observe habituellement à la fin de la journée, avec comme sièges de prédilection, les mollets. Ces myalgies doivent être considérées comme suspectes par le médecin qui, souvent à l'aide d'un interrogatoire très serré, arrivera à dépister là une tuberculose au début.

b) *Hyperesthésie osseuse*. — Elles s'observent fréquemment sur le fémur, à son extrémité inférieure, où la pression relève au-dessus du genou, une douleur d'intensité plus ou moins variable, et qui se montre d'ailleurs spontanément. Des douleurs osseuses se rencontrent également sur le tibia, la clavicule, etc. Habituellement, chez les enfants, chez les jeunes gens en cours de développement, elles sont souvent confondues avec les ostéites, avec les douleurs de « croissance ». Leur siège juxta-épiphysaire rend la confusion plus facile encore.

« Méfiez-vous, dit Barbier dans une de ses cliniques remarquables, de ces douleurs de croissance qui surviennent chez les sujets anémiés, qui maigrissent, ont de la fièvre nocturne et, d'une façon générale, présentent les stigmates de l'imprégnation bacillaire. »

c) *Hyperesthésies articulaires*. — D'une façon générale on peut les rencontrer dans toutes les articulations, grandes et petites. Elles sont spontanées ou provoquées, mais n'entraînent aucune modification objec-

tive de tissus. En effet, il n'y a ni tuméfaction, ni rougeurs des parties molles.

Irréguliers dans leur localisation, ces phénomènes se promènent d'une articulation à l'autre, et peuvent être rattachés, si l'on n'est pas prévenu, soit à un rhumatisme franc, soit à des douleurs de croissance.

Nous avons montré, dans l'exposé qui précède, que ces douleurs érratiques peuvent, non seulement survenir chez les tuberculeux porteurs d'une lésion ancienne, mais également se manifester chez des pré-tuberculeux ou les « petits tuberculeux » comme un des premiers signes d'une bacillose latente et encore ignorée.

Il est évident que le diagnostic clinique se fera sur l'ensemble des symptômes, en tenant bon compte des antécédents, mais il est d'un intérêt majeur, croyons-nous, d'être prévenu de ces arthralgies et, en absence de tout autre signe, de les rattacher à priori à la tuberculose. Car, comme l'a dit M. Delore : « De même que chez un blennorrhagien indemne d'une autre affection, une manifestation articulaire spontanée doit être considérée comme étant de nature blennorrhagique, toute arthrite chez un tuberculeux, doit être aussi rapportée à la tuberculose. »

OBSERVATION I

(In Thèse de LIONNET)

*Rhumatisme articulaire aigu tuberculeux primitif
à forme arthralgique*

B... Jeanne est admise dans le service le 1^{er} décembre 1902.

Depuis 2 ans présente un mauvais état général. Peu d'appétit, se fatigue aisément, maigrit, se plaint d'insomnie, de sueurs nocturnes, de fréquentes douleurs erratiques dans les masses musculaires des membres inférieurs et de points de côté.

Il y a 15 jours, angine. Depuis, douleur au niveau de l'articulation scapulo-humérale gauche que réveille surtout la palpation et les mouvements provoqués. Ni rougeur, ni gonflement. Signes nets d'indurations du sommet gauche, de germination tuberculeuse. Adénopathie trachéo-bronchique.

Dans les antécédents de cette malade, on note des bronchites à répétition à l'âge de 12 ans. A cette époque, on lui fait des pointes de feu. Deux frères morts de méningite tuberculeuse.

Traitement. — Pansement salicyté.

9 décembre. — Disparition de ces douleurs.

23 décembre. — Douleurs dans les deux genoux, principalement à gauche. Palpation profonde du quadriceps fémoral douloureuse. Température normale. Frottement péricardique. Frottements pleuraux au sommet gauche.

25 décembre. — Disparition de ces douleurs. *

3 janvier. — Injection de tuberculine positive.

OBSERVATION II

(In Thèse LIONNET)

Rhumatisme tuberculeux à forme arthralgique

B... Germaine, 8 ans 1/2. Vient consulter à Herald le 3 janvier 1904.

Il y a un mois douleurs siégeant aux membres inférieurs, aux articulations du cou-de-pied, de la hanche, atteignant successivement les poignets et l'épaule gauche, avivées par les mouvements et nécessitant le repos au lit durant cinq jours.

Un médecin consulté porte le diagnostic de douleurs de croissance.

Or, depuis cette époque, une toux légère s'est installée, persistante. L'enfant maigrit, présente des sueurs nocturnes, des troubles digestifs, de l'asthénie et à l'auscultation du poulmon, on note, sous la clavicule droite, dans la fosse sus-épineuse de même côté, de la matité, une inspiration granuleuse rude, à tonalité basse, une expiration soufflante saccadée.

OBSERVATION III

(In Thèse LIONNET)

Rhumatisme tuberculeux à forme arthralgique

L... André, 8 ans 1/2. Il y a un mois, douleurs dans les membres supérieurs, non articulaires, mais atteignant la continuité des membres. Se plaint, en outre, d'une douleur siégeant à la portion inférieure de la colonne cervicale, plus manifeste à la pression et dans les mouvements de flexion et d'extension qui sont au reste très limités.

Mouvements de rotation à peu près normaux.

Entre dans le service le 22 avril 1903.

Dans les antécédents, on note une ancienne poussée péritonéale avec ascite ayant duré un mois. Depuis, état général peu satisfaisant. L'enfant maigrit, présente des sueurs nocturnes.

Appareil pulmonaire. — Matité au sommet droit, respiration grève, rude, soufflante. Souffle au hile roit.

A gauche, respiration supplémentaire.

20 avril. — Quelques sous-crépitements dans le tiers externe de la fosse sus-épineuse droite. Hypertrophie du cœur avec retentissements métalliques des bruits valvulaires.

Artério-sclérose des radiales.

28 avril. — Injections de tuberculine. Elévation de la courbe thermique pendant 20 jours.

OBSERVATION IV

(In Thèse LIONNET)

Forme arthralgique

Renée M..., 14 ans 1/2, entre dans le service le 25 mars 1903 avec soupçons de germination tuberculeuse au sommet droit.

Matité dans la clavicule et dans la fosse sus-épineuse. Sibilances à ce niveau. Signes fonctionnels. Anorexie. Insomnie. Sueurs nocturnes. Amaigrissement. Température, 38°2. Le lendemain, température à 37°4.

6 avril. — Douleurs au niveau du tibia droit, face antéro-interne. A la palpation, gonflement osseux de la partie moyenne à l'épiphyse tibiale supérieure. Emplâtre de Vigo, car la présence de cicatrice ancienne d'echtyma fait soupçonner la syphilis.

Ces douleurs ostéo-périostées sont moins intenses et disparaissent le 16 avril ainsi que le gonflement. Sortie le 20.

Entre à nouveau à l'hôpital le 20 mai 1903 pour douleurs rhumatoïdes, siégeant à la jambe droite, aux poignets. Les os de l'avant-bras et les métacarpiens sont douloureux à la pression. Les signes de germination au sommet droit sont nets, il y a même quelques craquements. Micropolyadénie. Artériosclérose des radiales. Deuxième bruit clangoreux. Température, 37°4.

15 juin. — Adénopathie bronchique. Soupçon de germination au sommet gauche.

17 juin. — Arthrite de l'épaule gauche avec légère tuméfaction à la partie antérieure.

18 juin. — Douleurs au coude, au bras, dans la continuité du membre. Pression douloureuse à la partie antérieure de l'articulation scapulo-humérale.

21 juin. — Douleurs siégeant aux poignets, à la main gauche.

22 juin. — Disparition complète des douleurs articulaires, sort sur sa demande le 25.

OBSERVATION V

(BARBIER, *Bulletin Médical*, mars 1903)

Eugénie T... Entrée à l'hôpital Hérold, le 29 septembre 1902.

Cette enfants, âgée de 14 ans, est amenée par ses parents parce que depuis longtemps elle tousse, elle perd ses forces et maigrit.

Cet état ne fait qu'empirer depuis le début, qui remonte à un an, au moment des premières règles.

Elle se plaint de douleurs vagues dans les membres et de douleurs thoraciques. Les douleurs des membres se montrent de préférence le soir dans les mollets.

Actuellement, essoufflement au moindre effort. Elle présente un teint pâle, très accentué, se plaint de sueurs la nuit, pas d'appétit. Les règles n'ont pas paru depuis trois mois.

Dans ses antécédents personnels, on ne relève qu'une rougeole dans le jeune âge et une scarlatine à 7 ans. Mais son père a eu, il y a trois ans, une pneumonie et une pleurésie. Sa mère est bien portante.

On constate chez cette enfants :

1° Des signes certains de germination tuberculeuse et de congestion du sommet, caractérisés par de la submatité dans la fosse sus-épineuse (S—) et sous-épineuse et, à ce niveau, par de la respiration faible (R—) et de l'inspiration rude. Vibration thoracique augmentées.

En avant, dans la fosse sous-claviculaire, la percussion donne un son élevé et mat (S + >) et la respiration est rude avec expiration soufflante.

2° Adénopathie trachéo-bronchique droite caractérisée par un son élevé et mat dans la région interscapulaire droite, un souffle expiratoire fort et une respiration plus élevée et plus riche. De plus, la statique du côté droit est anormale : moitié droite du thorax en distension et les mouvements respiratoires y sont moins amples qu'à gauche.

Nous l'avons soumise au repos, à l'aération et à a suralimentation. Elle a suivi ce régime vingt-sept jours, soit jusqu'au 26 octobre. Voici les résultats :

1° Les douleurs des membres ont cessé après quelques jours de repos.

2° L'état général s'est amendé à sa sortie ; les signes du sommet droit se sont atténués surtout en avant. Enfin un mouvement fébrile, observé pendant les premiers jours (38° le soir), disparut au bout de dix jours.

OBSERVATION VI

BENTZ, *Presse Médicale*, août 1903)

Rumathisme tuberculeux à forme arthralgique

P... Marie, âgée de 15 ans 1/2, atteinte de mal de Pott.
Antécédents héréditaires : inconnus.

L'enfant dit avoir eu, à l'âge de 4 ans, un commencement de fluxion de poitrine et avoir toussé pendant six mois. Le mal de Pott a débuté à l'âge de 5 ans. A ce moment-là, l'enfant a commencé à éprouver des douleurs dans le dos. Ses jambes pliaient sous elle et ne pouvaient supporter le poids de son corps. Bientôt, on voit apparaître une petite gibosité dans la région dorsale. La malade entre au Sanatorium où on la traite par l'immobilisation dans le décubitus dorsal. A l'âge de 10 ans, elle quitte le sanatorium, ne souffrant plus et marchant sans béquilles.

A 12 ans 1/2, l'enfant a, au poignet gauche, une synovite à grains riziformes. Cette synovite est incisée à l'hôpital Saint-Sauveur, à Lille, par M. Phocas. Guérison complète au bout de trois mois.

A 13 ans, la malade est prise subitement de douleurs violentes dans les hanches et les genoux, avec une fièvre intense. Au bout de quelques jours, les articulations tibio-tarsiennes et l'épaule gauche sont prises aussi, mais, dans ces dernières articulations, les douleurs sont fugaces et disparaissent pour revenir ensuite et disparaître à nouveau. Les douleurs s'ac-

compagnent d'impotence fonctionnelle. L'enfant est incapable de mouvoir ses jambes dans son lit. La malade prend du salicylate de soude sans éprouver le moindre soulagement.

19 Septembre 1900. — Elle entre pour la seconde fois au Sanatorium. Le certificat porte : mal de Pott, arthrites généralisées des genoux et des hanches.

A ce moment, un an après l'apparition des douleurs articulaires, l'enfant souffre encore de ses jointures, mais moins qu'au début. Elle peut mouvoir ses jambes dans son lit, mais ne peut encore se tenir debout.

Au bout d'un mois de séjour, les douleurs ont presque disparu et la malade commence à marcher avec des béquilles. Depuis ce moment-là, on voit de temps en temps apparaître encore des douleurs au genou et aux hanches.

Ces douleurs durent 8 jours et ne s'accompagnent d'aucune modification appréciable à la vue ou à la palpation.

Les mouvements sont possibles, mais douloureux.

Appareil respiratoire : sain.

Cœur : normal.

Etat général : bon.

OBSERVATION VII

(In BENTZ, *Presse Médicale*, août 1903)

D... Alphonsine, âgée de 15 ans, atteinte de mal de Pott. Parents bien portants, ni goutteux, ni rhumatisants. Un frère et une sœur bien portants.

Avant son mal de Pott, l'enfant s'est toujours bien porté et n'a jamais eu de douleur articulaire.

Le mal de Pott débute au mois de juin 1900.

La malade est maintenue au lit pendant quelques mois, puis on lui permet de marcher avec un corset plâtré.

23 Mars 1901. — Elle entre au Sanatorium. Tous les soirs elle se plaint de douleurs dans le dos.

14 *Avril*. — Elle entre à l'infirmerie ; on enlève le corset et on immobilise la malade sur un lit de Lannelongue.

On trouve une gibosité peu saillante, occupant la partie inférieure et paraissant due à l'affaissement de 3 corps vertébraux.

La pression, au niveau de gibosité, est douloureuse.

Pas de tuberculose viscérale. Bon état général.

30 *Décembre*. — Absès au niveau du triangle de Scarpa, du côté gauche.

22 *Avril*. — Apparaissent brusquement des douleurs au niveau de la hanche et du genou du côté droit.

Les articulations ne sont pas tuméfiées, mais les mouvements, surtout ceux qui sont imprimés à la hanche, sont très douloureux. On donne du salicylate de soude, mais les douleurs persistent à tel point qu'on se demande s'il ne s'agit pas d'une coxalgie au début.

Ce n'est qu'à la fin de mai que les douleurs disparaissent et, avec elles, les craintes de coxalgie.

L'état général est bon. Pas de tuberculose pulmonaire.

Cœur sain.

OBSERVATION VIII

(In *Thèse* ANDRIEU, due à M. le Professeur BÉRARD)

Emma B..., 9 ans.

Parents bien portants, grand'mère morte de tuberculose pulmonaire. Un frère mort l'an dernier de coxalgie.

Nourrie au sein, a marché à 18 mois.

Entre pour des douleurs erratiques des articulations et du ventre. Il y a 2 mois et 1/2, après quelques jours de malaise, brusque frisson, point de côté et apparition de tous les signes classiques d'une pleurésie droite, de moyenne quantité.

Au bout de trois semaines, l'épanchement se résorba, mais à mesure qu'il diminuait, l'apparition de douleurs assez intenses dans les genoux, les hanches, les deux cous-de-pieds, l'épaule droite et les deux coudes.

Les douleurs se « voyageaient » d'un article à l'autre sans gonflement, sans phénomènes inflammatoires extérieurement apparents. Il y a 15 jours, les douleurs articulaires diminuèrent et furent remplacées par des douleurs abdominales, ayant la forme de coliques, mais ne s'accompagnant d'aucun trouble de la défécation, d'aucun phénomène digestif.

A deux reprises, ces douleurs abdominales ont disparu et ont été remplacées par des douleurs articulaires.

A l'entrée, fillette amaigrie, pâle.

Examen du thorax : submatité des bases ; submatité du sommet droit. Légère diminution des vibrateurs en ces points.

Légère douleur à la percussion du sommet. Pas de retentissement de la toux, ni de la voix ; pas de pectoriloquie aphonie, ni d'égophonie.

Cœur : bruits normaux ; foie normal. Rate normale.

Légère albuminurie. Ventre un peu ballonné ; matité dans les flancs ; on a l'impression qu'il existe un peu de liquide.

Membres. — Aucune trace d'affection articulaire ou osseuse. Marche normale. Température : 37°9, 37°6.

§ II. — RHUMATISME TUBERCULEUX

AIGU-SUBAIGU

Moins fréquente que la précédente, cette forme peut souvent, en pratique, passer inaperçue, enveloppée sous le diagnostic par trop facile de « rhumatisme ».

Or, « le diagnostic de polyarthrite rhumatismale ne signifie rien aujourd'hui. Il faut aller au delà d'une grossière morphologie et chercher par tous les moyens

possibles, une épithète pathogénique complémentaire. Si l'on veut et si l'on sait chercher, on reconnaîtra précisément, dans bien des cas, que la fluxion rhumatismale n'est qu'un symptôme bruyant d'une infection qui se cache et non pas d'une maladie » (Poncet et Leriche).

Le rhumatisme tuberculeux, en effet, qui se montre souvent dans le cours d'une tuberculose existante, médicale ou chirurgicale, dans la période germinative, d'une tuberculose récente, est fréquemment la première manifestation, quelquefois à longue échéance, de l'infection bacillaire.

Dans la thèse de Mazot, inspirée par le Professeur Poncet, on trouve, sur cent malades entrés dans les hôpitaux de Lyon pour des lésions articulaires diagnostiquées rhumatismales, que treize fois, il s'agissait de la première entrée en scène par des fluxions articulaires, d'une tuberculose bientôt plus maligne. D'autre part, sur cent tuberculeux avérés, il relève chez douze malades, comme premier indice de l'infection, un rhumatisme articulaire aigu.

Cette forme est caractérisée par l'apparition de l'arthrite aiguë, subaiguë, frappant une ou plusieurs articulations et donnant souvent, à s'y méprendre, le tableau clinique de la maladie de Bouillaud.

D'autre part, son début brusque, brutal, sans prodromes, rappelle l'allure des arthropathies blennorhagiques. Les symptômes généraux dépendent bien plus du degré de l'infection bacillaire que des arthropathies qui en sont une manifestation.

On l'observe surtout sur les grandes articulations,

mais les petites jointures peuvent être prises à leur tour. Caractère important, car il prête à la confusion avec le rhumatisme franc, cette forme de rhumatisme tuberculeux peut se montrer à plusieurs reprises, à des mois, à des années d'intervalle ; évoluer par des poussées, séparées par des périodes d'accalmie plus ou moins complètes. Sa durée est variable, mais il peut disparaître en quelques jours, ou persister pendant des semaines, avec des exacerbations et des rémissions. Tantôt il « voyage » d'une articulation à une autre, à la façon d'un rhumatisme franc. Tantôt il traîne, récidivant avec des crises douloureuses qui, lorsqu'elles se répètent, sont un indice précurseur du rhumatisme chronique déformant. Tantôt enfin, il s'éternise sur une ou plusieurs articulations et, résiste à tous les traitements avec une ténacité désespérante.

Suivant qu'il se manifeste chez des personnes jusque là en bonne santé apparente, ou qu'il survient chez des tuberculeux anciens, nous l'étudierons ici sous la forme de :

1° Rhumatisme tuberculeux articulaire aigu, primitif.

2° Rhumatisme articulaire aigu, tuberculeux secondaire ou consécutif.

1° *Rhumatisme articulaire aigu tuberculeux primitif*

Chez les enfants en bonne santé, le plus souvent chez les sujets qui ont un passé pathologique déjà chargé, apparaissent brusquement, des phénomènes articulaires qui, en pareil cas, sont les premiers à occuper la scène morbide.

La douleur est le signe qui les annonce. C'est aussi le signe capital, sur lequel, la plupart des malades, attirent l'attention et, qui peut constituer à lui seul, pendant un certain temps, toute la maladie. Cette douleur se présente avec quelques caractères, dont quelques-uns sont d'une importance diagnostique considérable, et méritent, de ce fait, de fixer l'attention du médecin. Spontanée, habituellement continue, elle est plutôt atténuée pendant la journée et, présente généralement un paroxysme nocturne. Cependant, dans quelques cas, elle est plus marquée le matin au réveil. Elle peut aussi être provoquée par la pression et particulièrement par la pression au niveau de l'interligne articulaire; les parties périarticulaires sont, par conséquent, peu sensibles.

Cette douleur n'a pas cette acuité, toute particulière au Rhumatisme articulaire aigu franc, qui fait pousser des cris au patient, lorsque les couvertures frôlent la région malade, ou même lorsque le moindre ébranlement est imprimé à l'articulation, ou seulement aux parties molles. Le salicylate de soude et ses succédanés ne la soulagent pas. D'après le Professeur Poncet, elle peut être parfois amendée, par les applications d'eau froide, ce qui est contraire pour la maladie de Bouillaud.

D'une manière générale, on peut dire que son intensité, varie plutôt, avec la constitution plus ou moins nerveuse de chaque sujet, plutôt qu'avec le degré d'inflammation locale. C'est pourquoi, l'impotence fonctionnelle des membres atteints, n'est habituellement pas très marquée; accusée, dans certains cas, au point

de rendre impossible toute mobilisation volontaire des jointures, elle peut cependant, dans d'autres cas, permettre aux malades de se lever, de marcher, d'écrire, etc.

Toutefois, les mouvements sont limités et aucune action prolongée n'est possible. Nous voyons donc, qu'au point de vue subjectif, il n'y a aucun symptôme grave. Nous aurons l'occasion, au cours de cette dissertation, de revenir sur cette bénignité des signes fonctionnels, fait auquel nous attachons une grande importance.

Les signes physiques sont ceux, de toute inflammation plus ou moins intense. *A l'inspection simple*, on constate la rougeur des téguments, la tuméfaction de la jointure et les déformations qu'elle y entraîne ; le développement de la circulation collatérale.

La palpation nous révèle : l'augmentation de la chaleur locale. Mais tous ces signes ne sont pas toujours au complet. Certains peuvent manquer, d'autres sont plus ou moins bien prononcés. Nous allons les passer en revue, pour essayer d'en donner, une analyse clinique complète.

La rougeur est parfois le seul phénomène, révélé par l'inspection. Elle est habituellement très accusée, contrastant avec la pâleur générale des téguments. A ces limites, elle se confond insensiblement, avec la coloration des régions voisines ; elle s'efface sous la pression du doigt.

La tuméfaction est progressive et, atteint son apogée en quelques jours ; elle est due, à la fois à l'épanchement intra-articulaire, et à l'*œdème* qui existe tou-

jours, à quelque degré que ce soit, dans les tissus péri-articulaires.

L'épanchement est variable, aussi bien dans son existence, que dans la quantité du liquide intra-articulaire. Parfois nul, souvent modéré, et difficilement constatable, il n'atteint de grandes proportions, que dans les formes hydarthrosantes de l'affection.

C'est au genou, que ce phénomène est le plus apparent. La déformation du membre est plus ou moins prononcée, l'œdème en est souvent la cause principale. Ce dernier se révèle, par l'aspect plus ou moins globuleux au centre, et fusiforme aux extrémités, que prend sous son influence le segment atteint. Généralement dur, il conserve plus ou moins longtemps, l'empreinte du doigt explorateur. Les veines superficielles sont souvent dilatées ; quelquefois dans les cas intenses, on voit les artères voisines battre énergiquement, mais ce signe est moins constant.

L'élévation de la température locale est facilement perçue à la main, quand la comparaison peut être faite avec la région symétrique restée saine. Suivant les cas, la différence ainsi constatée peut atteindre un demi ou un degré.

Le début de l'affection est ordinairement brusque, se manifestant chez les sujets, qui paraissent jouir jusque là d'une santé excellente. Mais le plus souvent on relève, soit dans les antécédents héréditaires, soit dans les antécédents personnels ou collatéraux, soit enfin dans la vie particulière du malade, des éléments pouvant servir à édifier un diagnostic bacillaire probable. Parfois, en quelques heures, le processus peut attein-

dre son maximum d'intensité. D'autres fois il se passe un certain laps de temps, entre le commencement de la douleur et la manifestation franche des phénomènes articulaires, comme s'il existait une période d'incubation, avant le déclanchement complet de l'infection.

Dans certains cas enfin, une articulation est franchement prise et les phénomènes inflammatoires commencent déjà à s'amender, lorsque le processus pathologique, allant progressivement, frappe une autre jointure, une troisième, etc.

Presque toutes les articulations peuvent être prises, mais il existe une prédilection marquée pour les grandes jointures. Péchiné signale, dans sa thèse, une préférence notable pour le genou (une fois sur deux); les petites articulations du carpe, du métacarpe, du tarse et du métatarse, des doigts, des orteils, etc., ont, cependant, pu être pris, dans certains cas plus rares.

D'autre part, la généralisation est habituellement limitée. Quoique, dans certains cas, la presque totalité des jointures ait pu être frappée, le plus souvent, l'atteinte se cantonne sur un nombre restreint d'articles; parfois même minimum nécessaire, pour la réalisation d'une polyarthrite à deux seulement, d'entre eux, les deux genoux par exemple. Le rhumatisme tuberculeux aigu primitif est donc plutôt « oligo-articulaire ».

Très variable dans sa durée, il peut donner une seule attaque, de longueur indéterminée, pouvant persister, parfois pendant plusieurs mois. Il peut aussi être mobile, passant tous les huit jours d'une articu-

lation à une autre, mais ce qui le distingue de la maladie de Bouillaud, c'est qu'il revient rarement à la première jointure malade.

D'une manière générale on peut dire, que l'intensité des phénomènes généraux, n'est pas en rapport avec celle de l'atteinte articulaire. La température peut, parfois, s'élever à 40°, mais le tracé thermique d'habitude oscille entre 38° et 39°5 (Egmann). La pâleur des téguments, les transpirations plus ou moins abondantes, l'amaigrissement, perte de forces, diminution d'appétit, les divers malaises que le sujet peut présenter, relèvent en *grande partie*, de la tuberculose en évolution, puisque dans nombre de cas, ils précèdent l'arthrite.

Quant au mode de terminaison, on peut le classer de la façon suivante :

1° Après l'apparition brusque, chez les sujets en pleine santé ou paraissant tels, des phénomènes articulaires douloureux, généralisés souvent, donnant plus ou moins au complet, le tableau clinique du rhumatisme franc, se manifestent des symptômes de la tuberculose. La période rhumatismale primitive est courte. Après une seule attaque, en général, les arthropathies s'amendent progressivement, ou persistent jusqu'à la fin, dominées par les symptômes généraux, d'une infection bacillaire, qui tantôt est généralisée, tantôt donne des lésions pulmonaires, tantôt une lésion tuberculeuse plus généralisée.

2° Dans un autre ordre de faits, le rhumatisme articulaire prend des caractères d'une arthrite fongueuse,

d'une tumeur blanche, qui évolue parfois très lentement. Dans cette seconde classe, l'affection s'est localisée au début, à deux ou trois articulations au plus, pour finalement, se cantonner dans une jointure, laquelle, par suite de la durée du processus morbide, deviendra plus tard, le siège d'une manifestation plus grave de la tuberculose. C'est dans ces cas aussi, que les attaques de rhumatisme sont, en général, multiples, ayant une préférence pour les grandes articulations.

3° La dernière modalité de terminaison, de cette manifestation articulaire de la tuberculose, modalité qu'il serait important de bien connaître, mais que rien jusqu'ici ne permet de déceler au début, comprend, les cas où l'envahissement des articulations fait place, au bout d'un temps plus ou moins long, soit à une disparition complète, totale, des phénomènes articulaires à une guérison réelle, soit à une arthrite sèche, ou une arthropathie chronique.

2° *Rhumatisme articulaire tuberculeux secondaire*

Le rhumatisme aigu survenant au cours des lésions tuberculeuses déjà diagnostiquées comme telles, n'est pas rare.

Sa fréquence par rapport aux autres rhumatismes est de 50 o/o d'après MM. Teissier et Roque ; sa fréquence chez les tuberculeux est de 20 o/o, d'après le Professeur Poncet.

Pour son étude, nous ne ferons pas de longs développements, après la description clinique détaillée, que nous avons donnée des arthrites primitives.

Nous assistons, dans cette variété, comme dans la forme précédente, à un envahissement progressif de diverses articulations. Celles-ci sont tuméfiées, douloureuses, les mouvements sont limités.

Au bout d'un temps plus ou moins long, ces phénomènes peuvent disparaître, mais laissent, après eux les articles augmentés de volume ; une gêne fonctionnelle manifeste, limite tous les mouvements. Ces manifestations rhumatismales peuvent se répéter, voyager d'une articulation à une autre, et évoluer suivant tous les aspects cliniques de rhumatismes courants.

Dans cette forme le diagnostic est plus facile et, prête moins à la confusion, que dans les formes précédemment décrites. Il faut cependant penser au rhumatisme tuberculeux, toutes les fois qu'un malade présentant des manifestations bacillaires diagnostiquées, commence à souffrir de ses articulations.

OBSERVATION IX

(In Thèse de LIONNET)

Rhumatisme tuberculeux aigu

L... Edouard, 10 ans. Entré le 6 avril 1903 dans le service de M. Barbier, pour douleurs rhumatismales. Ces douleurs ont commencé il y a trois semaines, par les grosses articulations des membres inférieurs, atteignant d'abord celles du cou-de-pied, puis celles du genou, puis celles de la hanche.

Dans la suite, les articulations phalangiennes, celles du poignet, se prennent à leur tour. Rien au coude, rien à l'épaule.

Antécédents personnels. — A toujours un peu toussé.

Antécédents héréditaires. — Père bacillaire.

Actuellement, persistance de ces douleurs articulaires avec prédominance aux genoux. Déformation globuleuse des articulations phalango-phalangiennes des doigts.

Appareil respiratoire. — Sous-clavicule gauche : submatité. Respiration rude, grave, soufflante.

Fosse sus-épineuse gauche : murmure vésiculaire affaibli, râles de bronchite.

Base gauche : respiration rude, grave.

Cœur : frémissement, prérythmique. Dédoublement du deuxième bruit. Polyadénites.

10 *Avril*. — Persistance des signes d'auscultation au sommet gauche légèrement améliorés.

11 *Avril*. — Injection de tuberculine positive.

OBSERVATION X (Inédite)

(Service du Docteur PÉHU)

P... René-Jean, 13 ans et demi, amené pour rhumatisme. Père mort de pleurésie. Mère bien portante, sauf quelques crises rhumatismales. Trois autres enfants bien portants. Pas de fausse-couche. L'enfant a toujours eu une excellente santé, aucune maladie avant cette année.

L'affection actuelle. — A débuté le 9 février. L'enfant s'est fait une entaille du genou qui a provoqué une hydarthrose. Les jours suivants, apparition de douleurs dans toutes les articulations (coudes, épaules, colonne vertébrale) entraînant une impotence fonctionnelle marquée. Il y a quelques jours, en outre, l'enfant s'est mis à tousser et s'est plaint de douleurs intercostales. Il a présenté en même temps une dyspnée assez vive. Il semble avoir présenté une fièvre assez élevée qui aurait cédé un peu aux derniers jours. La température n'a pas été prise. Ce qui frappe dès l'abord, c'est le

mauvais état général : amaigrissement, teint plombé avec pommettes rouges, yeux brillants, lèvres sèches.

On note au genou gauche, une hydarthrose manifeste avec douleur très vive à ce niveau. Genou droit douloureux sans tuméfaction. Même douleur épaule droite et coude droit et à ce niveau, tuméfaction diffuse avec raideur articulaire. On note également que les masses musculaires des deux cuisses sont douloureuses. Au niveau de la région sacrée, petite escarre superficielle avec, à gauche de la ligne médiane, dans la région sacrée, abcès superficiel de la grosseur d'une mandarine. Tout au tout œdème très marqué, œdème des bourses, sur tous les membres inférieurs, dilatation du réseau sous-cutané sans signe de phlébite.

Au cœur : Pointe dans le ventricule sur la ligne mamelonnaire. Bruits sourds. Léger dédoublement du deuxième bruit à la base. Pouls, 115.

Aux poumons : A gauche, souffle à timbre tubaire. Inspiration et expiration dans les 2/3 inférieurs du poumon, quelques râles muqueux.

A droite : Propagation du souffle dans la région hilare. Dyspnée légère, toux fréquente.

4 Mars. — L'examen de la région fessière fait découvrir un abcès qui est incisé ; l'écoulement d'un pus abondant, bien lié. Au niveau de la région occipitale, il existe une plaie du cuir chevelu, du volume d'une pièce d'un franc. Phlébite de tout le membre inférieur gauche.

15 Mars. — Phlébite des deux membres inférieurs. Mêmes signes à l'auscultation. Urines foncées, très troubles, ni albumine, ni sucre.

16 Mars. — Malade tombé dans le marasme. Il présente de l'hyperthermie, u hoquet, sans perte de connaissance, et meurt.

L'autopsie n'a pu être faite par suite d'opposition.

OBSERVATION XI

(Thèse ANDRIEU)

B..., habitant Cosne, âgée de 16 ans, a eu la rougeole à 5 ans, réglée à 14 ans et régulièrement jusqu'au mois d'août

1903. Depuis sa dernière maladie, les règles n'ont pas réapparues. Père et mère en bonne santé.

Sœur morte de pneumonie infectieuse. Frère scrofuleux, atteint de kératite phlycténual, avec taie de la cornée de l'œil gauche.

La malade a été atteinte de rhumatismes en 1901 ; elle a eu, à ce moment, de l'albumine dans ses urines. La malade resta alitée pendant près de quatre mois et ne guérit pas totalement puisque, à chaque marche un peu longue, elle ressentait des douleurs aux articulations tibio-tarsiennes, et plus spécialement au pied gauche. A ce niveau, on note une tuméfaction générale étendue à tout l'article, et chaque fois qu'on essaie de provoquer des mouvements, on détermine de vives douleurs, les poussées inflammatoires passent par des phases successives d'exacerbation et d'atténuation.

Au mois de juin 1903, les douleurs du pied gauche augmentent ; crampe à la face dorsale et au talon.

Appelé au mois d'août, on examine la malade pour la première fois : fièvre, douleurs aux articulations métacarpophalangiennes, cosso-fémorales et tibio-tarsiennes gauches. La malade souffre d'un violent point de côté à gauche, point rendant la respiration très difficile.

Examen de la poitrine. — A la percussion : submatité à gauche ; normale à droite.

Auscultation : à gauche, signes de pneumonie. Cette pneumonie, au lieu de se résoudre au neuvième jour, traîne en longueur pendant une vingtaine de jours.

La malade se plaint de violentes douleurs qui déterminent des syncopes. Mais ce qui nous frappe le plus, c'est à ce moment le début franc d'une ostéo-arthrite bacillaire au niveau de l'articulation tibio-tarsienne gauche. La marche devient impossible. On détermine par la pression des douleurs très vives au niveau des éléments constitutifs de l'articulation, de même au niveau du scaphoïde, du premier cunéiforme et de la tête de l'astragale.

OBSERVATION XII (Inédite)

(Recueillie chez M. VIGNARD)

Coxalgie droite, tumeur blanche du genou à droite (rhumatisme tuberculeux fébrile, terminé par une coxalgie, et une tumeur blanche du genou du côté droit).

G... Félix. Entré le 17 février 1919. L'enfant a eu une arthrite du coude droit à 4 ans. Plâtré.

Trois mois après, arthrite du genou droit prise pour des rhumatismes et pour laquelle le malade est amené à Sainte-Aline.

Quelques jours après, la hanche étant douloureuse, l'enfant entre dans le service où l'on note des signes nets de coxalgie droite.

Le 18 février, on fait une traction plâtrée des deux jambes. Cependant, deux jours après, le petit malade se plaint de douleurs au genou gauche, c'est-à-dire opposé à la coxalgie.

Il fait une poussée thermique qui atteint 38°5 à la date du 25 février 1919, et 40°, le 28 au soir.

Devant la persistance des douleurs, on coupe le plâtre du côté gauche, à 10 centimètres au-dessus et au-dessous de la rotule sur une largeur de 8 à 10 centimètres de façon à établir une gouttière qui libère le genou. L'hydarthrose que l'on découvre, une fois le plâtre enlevé et qui tuméfiait assez volumineusement le genou, se résorbe peu à peu. La température baisse. L'état général du malade n'est pas altéré.

25 Mars 1919. — Intervention pour la coxalgie.

12 Mars 1920. — Brusquement l'enfant a pris de la température et une volumineuse hydarthrose du genou droit (température oscillant entre 38° et 39°5).

La ponction ramène un liquide séro-fibrineux. Immobilisation en gouttière.

On envoie du liquide à l'Institut Bastériologique. Réponse négative.

Le 17 mars 1920. — Deuxième ponction. On retire un peu

de pus. Sa température reste au-dessus de 38°. La radiographie ne donne aucun résultat.

31 Mars 1920. — Part à Longchêne. Rentre en avril, genou encore globuleux. On le renvoie à Longchêne avec une attelle postérieure permettant l'insolation.

19 Juillet 1920. — Part pour Giens.

26 Novembre 1921. — L'enfant revient de Giens avec un genou gros et empâté, non douloureux, mais donnant l'idée de fongosités accumulées dans le cul-de-sac inférieur et externe.

Radiographie montre des épiphyses extrêmement raréfiées. Pas de séquestre.

8 Décembre 1921. — Ouverture de l'articulation. Très peu de fongosités, sauf dans l'espace intercondylien. Le cartilage du condyle interne est persillé de petits trous et il est absent en grande partie sur la face correspondante du tibia. On a la plus grande peine à ouvrir en plein l'articulation remplie de tractus fibreux.

L'évidement de l'épiphyse du tibia et du fémur ramène une moelle lie de vin, presque liquide, semblant, par place, contenir du pus. On l'envoie au Laboratoire Lumière et à l'Institut Bactériologique. REPONSE POSITIVE.

OBSERVATION XIII (Résumée)

(In BARBIER, *Bulletin Médical*, 1903)

L..., âgée de 14 ans, est entrée dans le service du Docteur Barbier le 27 janvier 1902 et en est sorti le 1^{er} avril pour aller à Hendaye.

Cet enfant nous est amené pour deux motifs :

1° Depuis deux ans, il se plaint de palpitations ;

2° Depuis deux semaines, il souffre de douleurs dans les jambes, principalement localisées aux genoux et aux vertèbres cervicales, au point de gêner les mouvements de la tête, et de forcer le malade à rester couché.

Il n'est pas fait mention dans l'observation de rougeur, ni de gonflement des jointures douloureuses.

Mais, il y a un an, il aurait présenté déjà des douleurs articulaires, ayant duré deux mois et accompagnées alors de gonflement des deux genoux et des deux cous-de-pied.

Le père est bien portant ; la mère serait rhumatisante (?).

Les douleurs actuelles ont disparu depuis hier, et on ne constate rien d'anormal du côté des jointures. Mais l'enfant est pâle, le teint est terreux, et dans la nuit il se plaint d'une douleur assez vive dans la région précordiale ; à l'auscultation, on entend un léger bruit de frottement péri-cardique.

Au poumon : Signes de germination tuberculeuse.

Comme symptôme généraux : élévation thermique, le soir, à 38°.

L'enfant passe fin janvier, jusqu'au milieu de février, sans incident, avec légère augmentation de poids.

A partir du 10 mars, une légère amélioration, à la fois générale et locale, permet à l'enfant de partir à Hendaye.

OBSERVATION XIV (Résumée)

(M. BARBIER)

G... Maurice, 13 ans, salle Gubler, entre le 19 mars 1902.

Douleurs tibio-tarsiennes survenues depuis trois jours, mais ayant disparu le jour de son entrée à l'hôpital.

Par contre, les deux genoux sont tuméfiés, rouges et douloureux à la pression. Fièvre vive, hors de proportion avec les arthropathies.

Les douleurs articulaires disparurent au bout de cinq jours, mais l'enfant ne se remet pas, il pâlit et maigrit.

Au poumon : Signes de germination tuberculeuse.

OBSERVATION XV (Résumée)

(In BARBIER, *Bulletin Médical*, 1903)

J... Marie, 12 ans et 1/2, entre le 16 juin 1902, se plaignant d'une faiblesse progressive, ayant débuté, il y a trois mois. La mère est morte de tuberculose pulmonaire.

L'enfant, vers l'âge de 6 ans, a déjà éprouvé, dans les membres inférieurs, des douleurs anaïogues à celles qu'elle présente aujourd'hui et qui ont gêné la marche pendant près d'un an. Pas d'autres renseignements, d'ailleurs, sur l'état des jointures.

Depuis quelque temps, elle ne peut marcher un peu longtemps sans que ses genoux deviennent douloureux.

OBSERVATION XVI

(In BARBIER, *Bulletin Médical*)

C... Angèle, âgée de 11 ans et 1/2, a été soignée à l'âge de 6 ans pour un rhumatisme nouveau (?), dit la mère, ayant duré six semaines et lui ayant rendu pendant ce temps la marche impossible.

Depuis cette époque, elle se plaint de temps en temps de douleurs vagues dans les genoux et dans les membres inférieurs. Au mois d'août 1902, elle a été reprise de douleurs de la main et du poignet, avec gonflement passager, sans rougeur.

Ces douleurs se sont continuées jusqu'à la fin de novembre, laissant une grande gêne dans les mouvements de la main et du poignet et donnant à la malade une écriture tremblée.

Elle est reprise depuis huit jours de douleurs du poignet droit sans gonflement, et, depuis six semaines, elle maigrit, perd ses forces, présente de la fièvre par accès l'après-midi.

Elle est maigre et pâle. A la main droite, on note simplement une atrophie marquée des muscles de la main.

OBSERVATION XVII

(In PATEL, *Gazette des Hôpitaux*, 1902)

*Rhumatisme articulaire tuberculeux aigu, secondaire
au consécutif.*

Fillette de 11 ans 1/2 ; peu rhumatisant, mère bien portante ; trois sœurs aînées en bonne santé.

A l'âge de 2 ans 1/2, à la suite d'une chute, elle éprouva des douleurs dans le dos, suivies bientôt de l'apparition d'une gibbosité dans la région dorsale inférieure.

Insuffisamment soignée, cette lésion s'accrut d'abord assez vite, puis lentement ; depuis deux ans elle est à peu près stationnaire.

La gibbosité arrondie comprend les 7 ou 8 dernières vertèbres. L'enfant n'a eu ni abcès, ni troubles nerveux.

Pendant l'évolution de ce mal de Pott, on vit apparaître, il y a environ quatre ans, des accidents articulaires se localisant d'abord dans le coude droit et dans les deux genoux, à peu près à la même époque, mais sans revêtir la forme d'une poussée aiguë généralisée.

Ces articulations devinrent douloureuses, se tuméfièrent et pendant 8 à 10 jours furent presque complètement immobilisées par la douleur.

Puis la raideur et la douleur disparurent, mais les articulations restèrent augmentées de volume, et devinrent de temps en temps le siège de nouvelles poussées subaiguës s'accompagnant de douleurs et de gêne fonctionnelle.

Les parents pensèrent qu'il s'agissait toujours de rhumatismes. Un an plus tard, c'est-à-dire il y a trois ans, le coude gauche fut atteint à son tour avec les mêmes caractères que l'an passé ; l'affection se généralisa aux poignets, aux cou-de-pieds et à toutes les petites articulations de doigts.

L'évaluation fut toujours la même, début insidieux sans fièvre, sans douleurs vives ; les jointures augmentaient de volume, devinrent raides, peu douloureuses, puis, peu à peu, la douleur et les raideurs disparurent, laissant persis-

ter seulement la tuméfaction assez accentuée et sensiblement égale des deux côtés ; la synoviale est manifestement épaissie, mais on ne constate pas d'épanchement intra-articulaire. Les mouvements sont à peu près normaux.

Les genoux sont plus malades, ils sont fortement tuméfiés ; le droit un peu plus que le gauche. Celui-ci est sec, celui-là contient, au contraire, une très faible quantité de liquide.

Des deux côtés la synoviale est très épaissie ; elle donne, en bien des points, la sensation de gros grains durs, ressemblant à des grains riziformes, mais plus gros, plus durs et non mobiles.

Pendant la flexion, elle s'étale, et on voit aussi se dessiner sur la face externe du genou droit et interne du genou gauche, au niveau du plateau tibial, une masse aplatie assez volumineuse de consistance rénitente plus dure que des fongosités et dans laquelle on ne sent plus aucun grain.

L'extension est complète, la flexion légèrement limitée.

Aux membres supérieurs, les mains présentent une tuméfaction à peu près égale de toutes les articulations métacarpo-phalangienne et interphalangiennes, y compris celles du pouce. On note qu'à chaque main l'index et l'annulaire tendent à s'incliner vers le médus. Les articulations atteintes sont régulièrement augmentées de volume : on sent la synoviale épaissie, sans épanchement appréciable. Les lésions sont manifestement limitées aux articulations. Les mouvements d'extension des doigts sont normaux, ceux de flexion complets, légèrement gênés.

Les deux poignets présentent sur la face dorsale un épaississement synovial assez important : leurs mouvements sont limités surtout à droite. Aux coudes : gêne fonctionnelle, l'extension et la flexion ne peuvent se faire complètement. La tuméfaction est considérable, cependant, à gauche, il existe au niveau de la tête radiale un épaississement synovial assez important.

Etat général assez satisfaisant ; ne tousse pas et ne paraît avoir aucune localisation viscérale de la tuberculose.

§ III.— RHUMATISME TUBERCULEUX CHRONIQUE

Le rhumatisme tuberculeux chronique constitue la variété la plus fréquente puisque, de l'avis de MM. Teissier et Roque, on en rencontre une proportion de 50 o/o de l'ensemble des manifestations rhumatismales chroniques.

Dans un premier groupe de faits, les manifestations rhumatoïdes sont secondaires à une tuberculose ganglionnaire ou viscérale préexistante; il y a infection bacillaire par suite d'une véritable « décharge » dans le torrent circulatoire de bacilles de Koch.

La manifestation anatomique, c'est le développement de la granulation grise à la surface de la synoviale, et la présence d'un exsudat oléo-fibrineux où l'on trouve le bacille de Koch.

Telle est la forme granulique du rhumatisme tuberculeux. Cette forme est extrêmement rare, à ce point que tous les auteurs citent une seule observation, unique jusqu'à présent dans la littérature médicale, celle de Laveran.

Un second groupe de faits comprend la détermination d'une bacillémie sous-granulée. Le bacille, en état de virulence dans le milieu sanguin, crée ici, au niveau d'une articulation, des manifestations purement exsudatives et inflammatoires.

Dans une troisième catégorie, la plus nombreuse de beaucoup, les accidents rhumatisants doivent être attribués à la toxémie tuberculineuse. Grâce à l'extrême sensibilité de leur pouvoir réactionnel, les séreuses et les séreuses articulaires en particulier, ont

la propriété de réagir sans inoculation directe, *mais à distance d'un foyer tuberculeux en état d'évolution, sous l'influence de toxines fabriquées dans ce foyer plus ou moins éloigné.*

Enfin, certains auteurs considèrent que ces arthropathies résultent d'une infection des centres trophiques nerveux, sous la dépendance desquels sont les articulations lésées. C'est ainsi que M. le Professeur Weil, pour expliquer les ostéalgies et les althralgies chez les tuberculeux, admet : « Les altérations des nerfs périphériques, ou des troubles de fonctionnement dans les centres nerveux, sous l'influence de l'injection tuberculeuse. »

« Cette forme du rhumatisme tuberculeux est chronique d'emblée, ou succède à une ou plusieurs attaques de rhumatisme aigu, subaigu. Il survient chez des tuberculeux médicaux ou chirurgicaux. Il revêt cliniquement l'apparence du rhumatisme chronique vrai, avec ses signes classiques. »

« Comme ce dernier, il peut se terminer par la guérison ; mais, le plus souvent, il est entrecoupé de poussées subaiguës et fébriles, avec rémissions incomplètes, en même temps que s'aggravent l'état local et l'impotence fonctionnelle » (Poncet et Leriche).

Le début de la maladie peut avoir chez l'enfant une allure aiguë, mais ceci est de beaucoup le cas le plus rare. Cette allure aiguë est caractérisée par une brusque apparition, le matin, au réveil par exemple, de douleurs vives, dans une ou plusieurs articulations, ou plus souvent dans des articulations symétriques. En même temps, la pression exagère la douleur, les

jointures sont immobilisées, le gonflement commence à se montrer.

Dans une seconde phase, ou bien ces phénomènes aigus durent un certain temps et passent, à l'état chronique d'une façon lente ; ou bien ils cessent, et l'évolution vers la chronicité se fait ; la douleur, par exemple, disparaissant peu à peu, alors que les déformations et l'immobilité vont en augmentant sans cesse.

Un second mode d'apparition est celui par allures subaiguës. Ici, on se trouve en présence de crises multiples plus ou moins douloureuses, avec des temps d'arrêt dans leur évolution, et sans aucune régularité.

Plusieurs crises peuvent ainsi se succéder avec des rémissions suffisamment longues, quelquefois, pour laisser croire à une guérison, lorsqu'à la suite d'une rechute ou d'une série de rechutes, l'affection prend franchement la marche chronique.

Dans la forme chronique d'emblée, la maladie se présente de plusieurs manières.

Tantôt les douleurs précèdent de longue date les déformations, tantôt ces dernières seules attirent l'attention et se développent de façon insidieuse.

Cliniquement, on reconnaît d'après la symptomatologie les variétés suivantes du rhumatisme tuberculeux chronique :

- a) *Polyarthrites chroniques déformantes tuberculeuses* ;
- b) *Polysynovites chroniques tuberculeuses* ;
- c) *Rhumatisme tuberculeux ankylosant*.

a) POLYARTHRITE CHRONIQUE DEFORMANTE
TUBERCULEUSE.

Cette forme du rhumatisme tuberculeux s'observe sur la plupart des jointures, avec prédilection sur les cou-de-pieds, les genoux et le poignet, sans omettre cependant, les petites articulations des mains et des pieds où les déformations sont les plus frappantes.

Assez souvent, ce sont ces déformations qui attirent, les premiers, l'attention des parents sur les doigts de leurs enfants ; les autres manifestations ayant passé inaperçues.

Au début, l'articulation se tuméfie d'une façon lente et progressive. Cette tuméfaction n'est pas toujours bien nette, elle est sans limites fixes, diffuse ; mais elle peut passer par des alternatives d'exagération et de diminution.

En explorant méthodiquement, à ce moment, on peut reconnaître la déformation et l'usure des têtes osseuses. Tout autour de l'articulation on constate une sorte de bourrelet saillant produit suivant MM. PONCET et LERICHE, par l'exsudat intra-articulaire ou par un épaissement fongoïde des parties molles.

A cette première phase, les douleurs font rarement défaut, mais elles varient d'intensité.

Tantôt ce sont des douleurs vives au point d'arracher des cris aux enfants ; tantôt elles sont plus supportables ou passent presque inaperçues, réduites à de simples fourmillements ou à un engourdissement passager du membre.

Tantôt enfin ce sont des lancées dont les petits malades se plaignent pendant longtemps.

Quant au moment de leur apparition, elles peuvent être spontanées ou se montrer à la suite d'une fatigue.

La température atmosphérique, l'état hygrométrique de l'air, les climats, ont une importance réelle sur ces phénomènes douloureux.

Certains malades recherchent le froid (PONCET), d'autres, plus nombreux se déclarent soulagés par la chaleur.

Au bout d'un certain temps, plus ou moins variable, apparaissent des signes subjectifs qui annoncent la localisation articulaire définitive.

BÉRARD et DESTOT ont donné, dans leur première communication au Congrès français de Chirurgie, une description magistrale de lésions anatomiques observées radioscopiquement.

Ces auteurs se basent beaucoup sur l'examen radioscopique pour poser le diagnostic différentiel entre la polyarthrite déformante rhumatismale et le rhumatisme chronique déformant tuberculeux.

« Tandis que dans la polyarthrite déformante rhumatismale, la déformation surtout osseuse que l'on constate sur le cliché, est un élargissement des épiphyses, dû à une soufflure générale du tissu spongieux avec *disparition précoce des cartilages*, dans la polyarthrite tuberculeuse on trouve, comme dans toute tuberculose osseuse, au début du processus, dans les têtes des phalanges, des îlots blanchâtres, isolés les uns des autres et dus à la raréfaction irrégulière du tissu osseux par l'infiltration bacillaire.

« Par fusion de ces îlots, la partie raréfiée s'étend, le cartilage diarthrodial n'est plus soutenu, il s'affaisse par places, d'où déformation des têtes. En même temps, la cavité glénoïde correspondante subit les mêmes phénomènes de désagrégation ; elle se creuse sous la pression de la tête, s'adapte aux nouveaux contours de cette dernière, tout en subissant les déplacements que lui occasionne la raréfaction fibro-tendineuse.

« Plus tard, il y a une véritable juxtaposition de deux os par emboîtement et dans les extrémités, au contact, on retrouve encore les îlots clairs de raréfaction.

« La disparition des cartilages est tardive.

« Dans tous les cas, le gonflement des parties molles est considérable et c'est lui plus que les troubles osseux qui est le principal facteur des déformations extérieures. »

A la suite de l'atrophie des têtes osseuses, de la distension de la capsule et des alternations de l'appareil ligamenteux, il survient un certain degré de laxité articulaire.

Si alors on mobilise légèrement l'articulation, on perçoit des frottements, de la crépitation, des craquements, par suite de l'usure des surfaces osseuses. L'articulation commence à se déformer, elle prend des attitudes vicieuses qui, au début, sont assez faciles à corriger, mais qui bientôt deviennent prédominantes par la suite de la rétraction des tendons, aponévroses, etc.

Les extrémités sont en général, les premières attein-

tes. Les mouvements disparaissent, l'extension de doigts d'abord simplement gênée, devient complètement impossible. La flexion est incomplète et sans force, puis les doigts déformés s'immobilisent en demi-flexion.

L'impotence fonctionnelle est considérable.

Mais le tableau clinique que nous venons de décrire n'est pas toujours uniforme, il offre des variantes, plus ou moins rapprochées. Ainsi, si nous nous trouvons en présence de l'affection au début, nous pouvons constater cliniquement, seulement de l'hydarthrose, de la distension de la synoviale, mais les ligaments ne sont pas encore distendus. Au point de vue radiographique, on ne trouverait pas de déformation des extrémités articulaires ; à l'extrémité des phalanges, on voit une sorte de raréfaction osseuse, mais elle n'est pas accentuée au point de ne plus pouvoir soutenir le cartilage.

Au surplus, la maladie peut s'arrêter dans son évolution à la première période ou avant le commencement de la seconde, et alors, tout se borne à une hydarthrose polyarticulaire, sans déformation des extrémités osseuses et sans distension des ligaments.

Le liquide peut parfois diminuer temporairement pour réapparaître de nouveau, et ce phénomène peut se répéter plusieurs fois de suite. D'autrefois encore, l'affection peut prendre la forme dite « dislocante ». Dans ces cas, les lésions étant surtout ligamenteuses, toutes les articulations frappées sont folles (PONCET et LERICHE).

Mais, quel que soit l'aspect clinique qu'elle revêt, la polyarthrite chronique déformante tuberculeuse évolue sans tendance aux abcès et sans traces d'inflammation suppurative ou nécrotique.

On retrouve là les mêmes processus intermittents, les mêmes crises douloureuses plus ou moins aiguës, en somme les mêmes phénomènes que dans le rhumatisme chronique non tuberculeux.

« C'est pourquoi, dit M. le Professeur MOURIQUAND « quand on se trouve en présence d'un rhumatisme dont rien ne permet d'établir aussitôt la cause exacte, faut-il s'enquérir avec soin du milieu familial ou autre où a vécu le malade ; des affections qu'il a pu présenter. On ne doit pas oublier de rechercher une vieille cicatrice fistuleuse, de palper les régions ganglionnaires, d'étudier les traces d'une tuberculose cutanée ou osseuse, etc.

« Enfin et surtout, un examen clinique minutieux aidé si possible d'une radioscopie, permettra de déceler l'existence d'une adénopathie profonde, d'une zone fibreuse à un sommet, de l'opacité d'un cul-de-sac pleural. Cette enquête est d'autant plus importante que le plus souvent, les complications rhumatismales ne se montrent pas chez les malades où la tuberculose est évidente.

« Pour certains rhumatismes primitifs, le diagnostic pathogénique est souvent une affaire d'impression clinique bien plus qu'un problème logiquement ordonné. Il faut savoir la vérifier par une enquête minutieuse sur les antécédents héréditaires ou per-

sonnels, par l'emploi judicieux des procédés de laboratoire. Si, faute de pouvoir employer une de ces précieuses méthodes, on croit devoir laisser le diagnostic en suspens, on se souviendra utilement qu'il vaut toujours mieux traiter ces malades comme des tuberculeux que comme des rhumatisants.

B) POLYSYNOVITES CHRONIQUES

Dans certains cas du rhumatisme chronique tuberculeux, tout l'effort du processus pathologique semble porter sur les synoviales articulaires ou tendineuses; dans ces cas, la réaction osseuse est nulle, les déformations articulaires manquent complètement. C'est cette forme là que MM. Poncet et Leriche ont décrit, les premiers, sous le nom de polysynovites chroniques tuberculeuses.

Cette forme du rhumatisme tuberculeux peut être chronique d'emblée, ce qui est le cas le plus fréquemment observé, ou bien succéder à des attaques aiguës, subaiguës, de rhumatisme, ou être précédé par des douleurs rhumatoïdes rebelles dans les jointures qui vont être frappées.

Nous ne voulons pas donner ici une symptomatologie détaillée de cette forme du rhumatisme tuberculeux; elle ne possède d'ailleurs aucun symptôme pathologique, et reprendre sa description clinique serait, nous semble-t-il tomber fatalement dans tout

ce qui a déjà été dit sur les synovites rhumatismales banales.

M. le Professeur Nobécourt, a communiqué au dernier Congrès de Pédiatrie (juillet 1922), une observation fort intéressante et qui illustre mieux que toute description théorique, la doctrine, depuis longtemps formulée et établie par notre école lyonnaise.

Grâce à l'extrême amabilité du savant parisien, nous possédons son rapport *in extenso* et nous allons en donner un résumé :

Il s'agit d'une jeune fille de 11 ans 1/2, grêle, maigre, pâle, d'apparence anémique. A la simple inspection, on constate l'augmentation de volume des articulations des doigts et des poignets. Mais, à la palpation on se rend compte qu'il n'existe pas d'hypertrophie osseuse, que la mobilité articulaire est normale ; que les pseudo-tumeurs sont fluctuantes. Dans l'extension des doigts on provoque facilement la fluctuation et en mobilisant les phalanges, on peut percevoir, en certains points des frottements, une petite crépitation neigeuse. Cette mobilisation est absolument indolente. Les épiphyses ont un volume normal. Sur la face dorsale des poignets, on constate une saillie fluctuante allongée, suivant l'axe du membre. Aux genoux, une hydarthrose assez abondante ; à la palpation choc rotulien, l'épaississement des cul-de-sacs synoviaux supérieurs. Les mouvements sont bien conservés, indolents. Toutes les autres articulations sont normales.

L'examen somatique révèle une adénopathie trachéo-bronchique, submatité dans l'espace interscapu-

lo-vertébral droit, avec respiration rude, et transmission de la voix chuchotée. A l'examen radioscopique, les ganglions ont des contours flous, sont entourés d'une auréole obscure traduisant une réaction parenchymateuse péri-ganglionnaire. La *cuti-réaction à la tuberculine est positive, de même que la réaction de fixation du complément de Besredka.*

La réaction de Wassermann est absolument *négative*. Radiographie des mains et des genoux pratiquée ultérieurement confirme l'intégrité du squelette.

Au point de vue antécédents, père atteint d'une bronchite chronique, un frère mort à 3 ans de méningite ; une sœur a été soignée plusieurs années pour une fistule de la cheville droite. A noter encore qu'un grand-père de 74 ans, tousseur, vit avec la famille.

Personnellement, l'enfant a eu, à l'âge de 4 ans, une maladie fébrile. Le bras et la jambe gauche auraient été paralysés ; la main gauche gonflée ; l'enfant aurait souffert de la cheville droite, puis les douleurs se localisent dans la hanche gauche.

Elle entre dans le service du Professeur Broca où fut porté le diagnostic de *coxalgie gauche*.

L'observation note à ce moment une submatité des sommets, surtout à gauche ; des petits ganglions inguinaux et axillaires gauches. L'enfant est restée dans le service de chirurgie pendant 2 ans 1/2. Elle part à Berck, y demeure un an et neuf mois et revient de nouveau dans le service du Professeur Broca, cette fois guérie de sa coxalgie, mais présentant de l'hyarthrose de deux genoux qui disparaît à la longue

sous l'influence de l'immobilisation, dans les appareils plâtrés.

Entre temps, sont apparues des localisations nouvelles aux mains et aux poignets.

L'enfant souffre des mains et des genoux, elle tousse de temps en temps. La toux devient plus fréquente, l'enfant maigrit, a souvent de la fièvre, avec des sueurs nocturnes, perd l'appétit. C'est pour ces symptômes qu'elle est hospitalisée à la clinique médicale à l'hôpital des enfants malades.

En résumé, cette enfant présente des polyarthrites séreuses survenues à la suite de coxalgie.

L'hydarthrose des genoux s'est montrée vers 7 ans. les arthroses des doigts et des poignets sont apparues vers 8 ans.

L'évolution est chronique et s'accompagne d'un état général déficient. En même temps évolue une adénopathie trachéo-bronchique active.

Lorsque les signes de tuberculose ont disparu, on constate en même temps une amélioration locale. A la fin de sa communication, M. le Professeur Noblecourt ajoute : « Notre cas pourrait être rangé dans le cadre du *rhumatisme tuberculeux de Poncet*, mais il y a intérêt, pour la clarté de la nosographie à distraire du groupe si vaste et si confus des affections articulaires ou para-articulaires qu'on appelle communément rhumatismes, les modalités cliniques bien individualisées. »

Or, ce groupe n'est pas confu, il a été très bien décrit par MM. Poncet et Leriche; il ne constitue qu'un mode de localisation du rhumatisme tuberculeux dont

les différentes formes, y compris la polyarthrite séreuse ont été bien différenciées et décrites par les nombreux auteurs de notre école qui travaillaient tous sous l'impulsion puissante du célèbre père de la tuberculose inflammatoire.

C) RHUMATISME TUBERCULEUX ANKYLOSANT.

Cette forme du rhumatisme tuberculeux succède aux modes aigus, subaigus, localisés à une ou plusieurs articulations : genou, hanche, épaule, coude.

Mais elle peut aussi se présenter immédiatement, d'emblée, avec les caractères des lésions articulaires ankylosantes.

Cliniquement, l'allure de la fluxion articulaire est généralement moins franche, l'évaluation plus subaiguë que dans la maladie de Bouillaud ; les lésions sont aussi peut-être plus intra que péri-articulaires. Au reste, le rhumatisme articulaire aigu franc conduit très rarement l'anéylose vraie ; il peut donner de l'ankylose fibreuse, fausse ankylose, mais presque jamais l'ankylose osseuse.

Etiologiquement, cette forme s'observe chez des sujets en aparence indemnes de toute imprégnation bacillaire, mais à hérédité louche, ayant vécu dans un milieu contaminé.

« Chez eux la tuberculose relève peut-être d'autant plus volontiers cette forme, qu'ils ont une susceptibilité plus grande pour le bacille de Koch. Cette

forme est assez fréquente chez les enfants. » (Poncet et Leriche.)

Le mode de début est très variable.

Processus ankylosant peut débuter d'emblée : une série d'articulations être simultanément touchées par de fluxions pseudo-rhumatismales à allure subaiguë, sans réaction intense, et, dès lors, en quelques mois, s'enraidir malgré tout jusqu'à l'ankylose fonctionnellement complète qui met fin aux douleurs.

Le malade présente de la fièvre, des sueurs, de l'amaigrissement, la déchéance de l'état général, accompagnent ces lésions.

D'autres fois, c'est après deux ou trois poussées de rhumatisme subaigu franc en apparence, ou du moins considéré comme tel, que l'on voit les fluxions articulaires conduire, plus ou moins lentement, à une ankylose fatale.

Les différentes étapes du rhumatisme peuvent être coupées par des épisodes pulmonaires, par des hémoptysies, de la congestion des sommets qui s'arrêtent un temps pour continuer leur évolution quand le malade est complètement ankylosé.

Dans certains cas, l'arthrite ankylosante débute par une seule articulation, ou bien, et c'est le cas le plus fréquent, par plusieurs articulations à la façon du rhumatisme franc, mais le processus inflammatoire ne tarde pas à se fixer au niveau d'une seule jointure, de deux tout au plus.

Dans une catégorie des faits, la localisation articulaire s'explique par la présence d'un traumatisme antérieur.

La chose est si nette dans une observation de MM. Poncet et Leriche, que le malade fut tout d'abord considéré par plusieurs médecins comme porteur d'une simple arthrite traumatique.

Pendant que se fait cette localisation, la douleur, la rougeur de la peau, l'impotence fonctionnelle, le gonflement existent à des degrés variables.

Quelques vagues phénomènes généraux les accompagnent, toujours hors de proportion avec l'intensité parfois extrême des symptômes de fluxion articulaire.

Dans sa marche vers l'ankylose complète, l'arthrite évolue de deux façons : ou bien l'immobilisation de l'articulation se fait presque d'emblée après une seule atteinte en 1 ou 2 mois.

Pendant ce temps, les douleurs au niveau de l'articulation n'ont pas cédé, la température n'est pas revenue franchement à la normale.

L'ankylose marque la fin de la période inflammatoire. Elle, installée, la température et les douleurs disparaissent.

Ou bien, l'évolution n'est pas aussi franche, il y a des hauts et des bas, des semblants d'amélioration et des poussées aiguës pendant lesquelles la lésion semble se réveiller.

D'autres fois, l'arthrite ankylosante a été suivie, à brève échéance, d'hémoptysie, de phénomènes pulmonaires chroniques.

OBSERVATION XVIII

(In Thèse DREVET)

V... M., 15 ans, entre à l'hôpital en 1894 pour une affection articulaire qui date de deux ans.

Pas d'antécédents héréditaires. Pas de maladies antérieures, sauf vers l'âge de 9 ans, où il eut au cou, du côté droit, un ganglion qui suppura quelque temps (cicatrice blanchâtre).

Pas de signes de syphilis héréditaire ou acquise. A l'âge de 13 ans, il remarque que ses poignets étaient tuméfiés, un peu douloureux, mais douleur très faible. Puis, deux ou trois mois après, mêmes symptômes du côté des tibio-tarsien-nes ; enfin, il y a six mois, ses genoux étaient atteints.

Actuellement, état général peu satisfaisant. Malade pâle, anémique ; pas de lésions viscérales, léger engorgement ganglionnaire.

Au niveau du carpe de la main droite, on constate sur la face dorsale de la main une tuméfaction qui ne descend pas au-dessous des métacarpiens et remonte jusqu'à 1 cm. au-dessous de l'interligne articulaire du poignet.

Cette masse est fluctuante, elle est indolore. A son niveau, la peau est normale. Rien sur la face antérieure du carpe, mêmes lésions à gauche.

Les mains tendent à s'incliner sur le bord cubital, il en est de même des doigts. La phalange est volumineuse, par rapport aux phalangettes et phalanges.

L'articulation de l'index droit, avec son métacarpien, est douée de la plus grande laxité ; les mouvements un peu étendus s'accompagnent de craquements.

Du côté des membres inférieurs, on constate de la tarsalgie des adolescents.

Du côté du cou de pied, on trouve de la tuméfaction en avant de la malléole interne. Cette tuméfaction est indolore, s'accompagne de fausse fluctuation.

En arrière de la malléole interne, on constate de la tuméfaction commençant au-dessous de la malléole, tuméfaction indolore, non fluctuante.

Rien dans l'articulation.

Le genou est légèrement volumineux ; les parties osseuses sont hypertrophiées.

De chaque côté du ligament rotulien, se trouve une petite masse tuméfiée, molle et fluctuante. Rien dans le cul-de-sac sous-tricipital ou dans l'articulation ; les mouvements sont conservés. Toutes ces lésions sont paires et symétriques.

Cette tuméfaction des articulations contraste d'une façon étrange avec l'amaigrissement des membres dû à l'amyotrophie qui s'accompagne de flaccidité et de faiblesse générale.

L'enfant tend à se cachectiser, on le renvoie à la campagne, sa cachexie ne fait que s'y accentuer, en l'absence de tout traitement actif.

OBSERVATION XIX (Inédite)

(Communiquée par M. le Professeur MOURIQUAND)

Garçon, 11 ans. Père diabétique au moment de la naissance, il avait alors 30 ans et vit encore à 41 ans.

Mère a eu un père diabétique, mais qui ne l'était pas au moment de la conception.

L'enfant, gros à la naissance, nourri avec du lait bouilli. Sa croissance est toujours supérieure à la normale. Broncho-pneumonie à dix mois ; a présenté assez fréquemment des poussées thermiques plus ou moins prolongées.

A 7 ans, il présente une arthrite du poignet gauche, traité par l'héliothérapie, il s'améliore.

A 9 ans, coqueluche après laquelle la poussée d'arthrite réapparaît plus importnate, ainsi qu'une poussée à droite.

Examiné le 27 juin 1922, on constate les arthrites signalées, caractérisées à gauche par un certain degré d'ankylose du poignet et un gonflement péri-articulaire.

A droite, l'articulation mobile, mais synovite, non douloureuse, avec un peu de liquide.

En outre, l'enfant présente une grosse obésité ; il pèse 56 kilos au lieu de 28 normale. Sa taille est de 140 ch. 1/2, un peu au-dessus de la normale. Testicules, scrotum et verge très petites. Corps et membres très gras ; thorax féminin ; grosse saillie des régions mammaires. Enfin, très nerveux, sujet à grande crises de colère. Il boit beaucoup et a toujours soif.

A la radiographie, la selle turcique ne paraît pas élargie, ni approfondie.

OBSERVATION XX

(In Thèse DRÉVET)

Polyarthrite bacillaire déformante des deux genoux, des deux articulations tibio-tarsiennes, de l'épaule droite avec synovite chronique bacillaire des tendons des deux poignets.

Jeune fille. Marie H., 17 ans, se présente dans le cabinet de M. le Professeur Poncet, à qui elle est adressée par M. le Docteur Guyenot de Salnis qui, dit-il, a été particulièrement intéressé, par la forme bizarre du rhumatisme avec « emphysème péri-articulaire » que présente la malade.

Le début de l'affection remonte à l'âge de 2 ans.

Les lésions ont débuté par les genoux, pour gagner ensuite les articulations, les tibio-tarsiennes en particulier.

Actuellement, on constate du côté des genoux et des tibio-tarsiennes une tuméfaction considérable, avec tous les signes de polyarthrite déformante. En quelques points, douleurs à la pression. Phénomènes douloureux et raideurs dans l'épaule droite.

Cette jeune fille présente l'habitus des scrofuleux : lèvres épaissies, face bouffie. Elle a eu, dans l'enfance, des polyadénites scrofuleuses. Jamais de lésions suppuratives.

OBSERVATION XXI

(In MOURIQUAND, *Gazette des Hôpitaux*, 1904)

M... L.-V., 10 ans.

Antécédents héréditaires. — Peu intéressants.

Antécédents personnels. — Bonne santé jusqu'à 8 ans. Il y a deux ans, gonflement très net siégeant au niveau de deux articulations tibio-tarsiennes. Un peu de gêne dans la marche, mais pas de douleurs.

L'hydarthrose s'accompagne de deux côtés d'un gonflement très net des gaines de la face dorsale du pied et des gaines rétro-malléolaires externe et interne, amenant la disparition des méplats naturels de cette région et un véritable boursofflement du dos du pied.

Dès cette époque apparaît l'épaississement de la voûte plantaire portant surtout sur les os du tarse.

Aucune de ces manifestations n'est douloureuse. Pas de phénomènes inflammatoires.

Simultanément naissent des déformations sur les articulations homologues du membre supérieur.

L'articulation du poignet se tuméfie sans réaction douloureuse, sans rougeur ; elle semble avoir été le siège d'un épanchement analogue à celui de la tibio-tarsienne.

Les gaines de radiaux sont prises de deux côtés et en même temps de *spina ventosa* multiples apparaissent sur les phalanges. Au bout de deux mois l'ankylose se fait absolue.

Au bout de quelques semaines diminue l'épanchement des tibio-tarsiennes et des poignets, mais les deux genoux se prennent simultanément, ils deviennent le siège d'un épanchement abondant, mais pas de douleur. Les deux coudes sont atteints à la même époque.

A l'examen, la malade présente : gonflement accentué et parfaitement symétrique des deux genoux.

Les téguments soulevés sont parcourus par de nombreuses veinosités.

Les deux culs-de-sac supérieurs sont très distendus.

A la palpation, on constate les signes d'une double arthrite hydropique.

Pas de douleurs spontanées au niveau des deux articulations fémoro-tibiales.

La flexion de l'article est possible jusqu'à l'angle droit, au-delà on fait naître des craquements et une douleur marquée.

Une légère flexion est la position préférée de l'article.

Amaigrissement léger des masses musculaires de la cuisse et de la jambe des deux côtés. Aux deux coudes, légère tuméfaction.

L'épanchement intra-articulaire est léger, mais les épiphyses du radius et du cubitus, de même que l'épiphyse inférieure de l'humérus sont hypertrophiées et les tissus péri-articulaires sont épaissis.

La flexion et l'extension sont gênées, et s'accompagnent de craquements.

Légère atrophie musculaire sur les bras et avant-bras.

Très petits ganglions axillaires. L'état général médiocre.

La malade est pâle et amaigrie. La saillie des côtes est marquée au thorax. Pas de déformations rachitiques. Ganglions cervicaux et sous-maxillaires de la valeur d'une amande, d'un gros pois.

Quelques ganglions au niveau des aînes. La malade ne tousse pas. La respiration est très soufflante au sommet gauche.

Traitée par l'immobilisation, révulsion. Héliothérapie.

OBSERVATION XXII

(*Presse Médicale*, 15 juin 1903)

D... Suzanne, 14 ans 1/2.

Père mort d'un cancer, mère d'affection nerveuse indéterminée. Une sœur bien portante, une seconde sœur morte du croup, à l'âge de 20 ans.

La jeune fille n'a jamais été malade avant l'affection qui l'amène au Sanatorium et qui a débuté il y a trois ans environ.

Un matin, cette malade qui s'était couchée bien portante la veille, ressent de vives douleurs dans la hanche gauche ; elle peut à peine se soutenir, réussit cependant à aller à l'école, mais ne peut revenir sans se faire soutenir des deux côtés.

Au bout de quinze jours, la malade entre à l'hôpital de Reims.

Les douleurs de la hanche ont disparu, mais la malade souffre dans le genou droit et la jambe gauche.

Le genou droit est tuméfié ; au tiers supérieur de la face interne de la jambe existe une plaque violacée. Huit jours après l'entrée de la malade à l'hôpital, M. Guelliat pratique une opération qui paraît avoir consisté en un grattage de l'os à la curette.

L'opération amène une diminution des douleurs de la jambe, mais il s'établit une suppuration qui a persisté jusqu'à aujourd'hui, fort diminuée, il est vrai.

Au bout de 2 ou 3 mois, le genou droit reprend son volume normal, les douleurs ont disparu. Après 13 mois d'hôpital, la malade rentre chez elle, le genou droit est guéri, la jambe gauche suppure un peu.

3 mois plus tard, nouveau séjour à l'hôpital pour une petite collection purulente du dos de la main droite. Cette collection est incisée, guérison obtenue au bout de 3 semaines. Mais pendant ce temps, le genou droit est redevenu gros et douloureux. Le chirurgien de l'hôpital fait le diagnostic d'arthrite tuberculeuse.

Le second séjour à l'hôpital dure 5 ou 6 mois, depuis sa rentrée dans sa famille la malade a toujours éprouvé de la gêne dans la marche. De temps en temps des poussées aiguës, durant 3 ou 4 jours, pendant lesquelles le genou droit est gros et douloureux.

La malade gardait le lit. Seul le genou droit était pris. Les autres articulations restent indemnes.

Le 27 avril 1902, la malade entre au sanatorium; 15 jours avant, le genou gauche qui n'avait jamais présenté rien d'anormal, a commencé à grossir sans que la malade éprouve la moindre douleur. Deux jours avant son entrée au sanatorium, le genou droit s'est de nouveau tuméfié, sans devenir douloureux.

Etat à l'entrée. — La malade marche, mais péniblement, en traînant la jambe droite, les deux membres inférieurs sont dans l'extension presque complète; le genou gauche est tuméfié, mais n'a pas la forme globuleuse caractéristique des douleurs blanches.

A la jambe gauche, cicatrice longue de 70 cm., large de 2 ou 3, occupant la face interne de la jambe. Cette cicatrice est blanche et gaufrée à ses deux extrémités, brunâtre et violacée au centre où il existe un orifice suppurant conduisant sur l'os.

Si nous examinons de plus près les deux genoux, voilà ce que nous voyons : Le genou gauche est bombé à sa partie antérieure et interne. Sa circonférence est de 34 centimètres. Peau normale.

A la palpation, qui n'est pas douloureuse, on sent une fluctuation très nette; la main placée au niveau du cul-de-sac sous-quadricipal fait refluer le liquide à la partie inférieure de l'articulation. La rotule est très mobile, mais on ne réussit pas à percevoir le choc rotulien. La synoviale paraît épaissie, la pression forte n'éveille qu'une douleur insignifiante. La pression du genou est très limitée. On n'arrive pas à mettre la jambe en angle droit sur la cuisse. Le genou droit paraît un peu augmenté de volume. Sa circonférence est de 30 cm. Il est un peu douloureux à la pression, surtout sur le côté interne au niveau de l'interligne articulaire. Tentatives de flexion de la jambe sur la cuisse provoquant immédiatement une douleur arrêtant ce mouvement.

Appareils respiratoire et circulatoire sains. La jeune fille n'est pas réglée. Pas de troubles génitaux ou urinaires.

Etat général bon. Malade soumise à l'immobilisation au lit.

16 juin. — Amélioration notable, mais tendance à l'ankylose. La malade fait quelques pas facilement et sans boîter. La suppuration de la jambe gauche persiste, mais peu impor-

tante. Les deux genoux ont diminué de volume. Circonférence du genou droit, 29 cm. au lieu de 30; du gauche, 32 au lieu de 34. La palpation du genou gauche, donne les résultats suivants : choc rotulien nettement perçu, tandis qu'il y a deux mois on ne réussissait pas à le provoquer; il n'y a plus de fluctuation entre la partie supérieure et inférieure de l'articulation; plus de douleurs spontanées.

En rapprochant violemment ces plateaux tibiaires des condyles fémoraux, on ne produit aucune douleur. La pression au niveau de l'interligne articulaire soit en dedans, soit en dehors, produit une douleur vive. La pression, en quelque point que ce soit des extrémités atteintes, est absolument indolore.

Le mouvement de flexion du genou n'est pas plus étendu qu'il y a deux mois et n'atteint pas l'angle droit. Pas de craquements articulaires du genou droit, palpation indolore, flexion très limitée.

La radiographie du genou gauche, montre un fémur sain et un tibia dont l'extrémité supérieure a un volume absolument normal. Le tibia présente des lésions d'ostéite occupant l'épiphyse supérieure et le tiers supérieur du corps de l'os. Il n'y a pas de foyer osseux ouvert dans l'articulation; les parties osseuses en contact avec le cartilage articulaire sont saines.

La rotule est éloignée des condyles fémoraux. On ne voit pas traces de fongosités, mais la synoviale paraît épaissie.

Du côté droit, aucune lésion osseuse, l'articulation n'est pas distendue, on ne distingue pas d'épaississement de la synoviale.

En juin 1903, la malade marche facilement et ne souffre plus. Le volume des deux genoux est redevenu normal. Le mouvement de flexion de la jambe sur la cuisse est assez étendu, mais son amplitude est cependant inférieure à la normale. Nombreux craquements articulaires dans les deux genoux.

OBSERVATION XXIII (Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le Docteur PÉHU,
médecin de la Charité)

S... Albertine (née le 8 janvier 1907).

Vue pour la première fois le 17 décembre 1920.

Aucun antécédent familial, un frère tué à la guerre, très solide. Une sœur de 17 ans bien portante.

Le petite Albertine n'a eu aucune maladie antérieure digne d'être relevée.

Amenée pour l'impossibilité de la marche et déformation des extrémités (pieds et mains) ayant commencé il y a 6 ans.

Début par les membres inférieurs : les parents ne se rappellent pas par quelle jointure, puis assez rapidement, les poignets ont été enflés et sont devenus douloureux.

En outre, au cours de l'évolution, sans qu'on puisse préciser exactement, est survenue de la rougeur des deux poignets, qui ont été peu douloureux, et de deux genoux qui ont été gros et douloureux.

Mêmes phénomènes de gonflement et de douleurs au niveau du métatarse.

Rien ailleurs, sauf, qu'en même temps que les jambes, et les bras, son cou est devenu raide.

Actuellement : Presque toutes les phalanges des doigts sont extrêmement déformées, tuméfiées, mais non douloureuses.

Rétraction tendineuse des doigts de la main droite, et non de la main gauche.

Les articulations des doigts de la main gauche sont augmentées de volume, non douloureuses, non ankylosées. Les deux mains sont déjetées en coup de vent, surtout à gauche.

Il est impossible de mobiliser les poignets qui sont augmentés de volume, complètement ankylosés.

Les coudes sont relativement mobiles, non augmentés, mais la flexion, et surtout l'extension sont limitées, sans que les tendons circonvoisins soient rétractés (donc origine articulaire de l'ankylose).

Aux épaules : mouvement un peu limités.

Colonne vertébrale : Dans la région cervicale, limitation relative de tous les mouvements. A partir de la région dorsale supérieure, déviation très forte avec état dur des muscles péri-vertébraux.

Suivie de haut en bas, la colonne présente d'abord une scoliose à grand rayon, à convexité tournée à gauche, puis une deuxième courbure intéressant la région dorso-lombaire.

Aucune saillie anormale, *pas de douleur*.

Ensellure lombaire très caractérisée.

Mouvements de la colonne assez bien conservés dans tous les sens.

Hanches saillantes, peu mobiles; tous les mouvements particulièrement l'abduction, sont limités.

Les genoux, de deux côtés, présentent une subluxation très nette, qui fait que les deux condyles fémoraux, surplombent le plateau tibial, d'au moins trois centimètres.

Les tendons péri-articulaires sont très saillants et paraissent rétractés. Vu de profil, fémur droit a un aspect de crosse à convexité tournée en haut, il reste cependant ferme, nullement ostéomalacique.

Les deux tibio-tarsiennes sont ankylosées à peu près complètement. Les pieds ne présentent rien : à peine petite déviation en coup de vent du pied gauche sur le bord externe.

La marche n'est pas possible.

Partout les muscles sont grêles, mais pas d'atrophie musculaire systématisée.

Aucun trouble de la sensibilité ou de la calorification.

Les pupilles sont égales et réagissent bien. Dents normales.

Facies vaguement thyroïdien un peu aplati, mais la fillette est très intelligente.

Auscultation du cœur négative.

Poumons : rien à droite, mais à gauche, en avant, dans la moitié supérieure, petits râles superficiels qui paraissent être des frottements.

La taille de l'enfant est très petite; il est difficile de l'évaluer exactement, étant donné que les membres inférieurs sont extrêmement déformés, et que la colonne présente une déviation, probablement 1 m. 30, la taille normale de l'enfant de cet âge étant 1 m. 40.

On prescrit 50 centigrammes par jour d'iodure de lithine pendant un mois, le mois suivant de la iodothyrene, à alterner. Ces deux médicaments chaque mois.

On conseille, en outre, dès que ce sera possible, une cure à Aix-les-Bains.

14 mai 1921: Même état, peut-être un peu plus de souplesse dans les jointures des poignets et des genoux.

La fillette a fait pendant cet hiver une saison à Aix-les-Bains. Le poids est de 23 kil. 200 avec sa chemise seulement, contre le poids normal de l'enfant de cet âge, 30 kil. 100.

30 novembre 1921 : état à peu près identique. Cependant elle marche avec des béquilles, exécutant plusieurs fois dans la journée un trajet de 50 mètres, ce qu'elle ne faisait pas auparavant.

Elle a fait des séances d'héliothérapie environ 2 fois 2 heures par jour, pendant la saison propice, dans la Savoie qu'elle habite. Poids, 27 kil. 100.

Examen viscéral négatif.

2 juin 1922 : aucun changement notable.

CHAPITRE III

Diagnostic.

Le rhumatisme tuberculeux n'offre, en lui-même, aucune caractéristique symptomatique permettant de le démasquer.

Nous avons donné dans l'exposé qui précède, une description clinique des symptômes, qui se manifestent au cours de la maladie. Cependant, à l'aide des symptômes seuls, il est bien difficile de diagnostiquer le rhumatisme tuberculeux.

Nous avons vu, que de par sa symptomatologie, il peut prêter à la confusion avec la maladie de Bouillaud.

Néanmoins, étant donné l'importance capitale de faire un diagnostic aussi précoce que possible, et ceci surtout dans ces formes, que nous avons décrites sous le nom du Rhumatisme tuberculeux primitif, nous rappellerons avec MM. Poncet et Leriche que « en présence d'un rhumatisme, ce qu'on doit en premier lieu démontrer, c'est qu'il n'est pas tuberculeux. » On doit, disent ces auteurs, toujours « penser pathogéniquement. On se renseignera d'une

façon minutieuse sur les antécédents héréditaires et personnels du malade.

A ce dernier point de vue, MM. *Poncet* et *Leriche*, recommandent aux médecins d'être particulièrement attentifs. Il faudra s'informer de l'existence possible d'une scrofule antérieure, se renseigner si le malade n'a pas eu de pleurésie, d'adénite, etc..

On procédera à l'examen minutieux du poumon.

Mais ce n'est pas suffisant. Nous avons décrit et rapporté des observations du rhumatisme tuberculeux primitif, signal-symptôme (*Poncet* et *Leriche*) d'une tuberculisation qui se fait discrètement, lentement, et ne se révèle souvent qu'à longue échéance.

Il y a donc un grand intérêt pratique à reconnaître le rhumatisme tuberculeux, symptôme précurseur, et non la maladie.

L'impression clinique, l'appréciation d'une série de petites observations, seront souvent d'un intérêt considérable. On observera : aspect du malade, son état général, on cherchera le surmenage possible, l'hygiène de la vie, on tiendra compte de la situation sociale du malade, on pénétrera le plus qu'il sera possible dans ses antécédents, héréditaires, personnels et collatéraux et, en dernier lieu, l'évolution ultérieure doit entrer en ligne de compte. « Un rhumatisme qui traîne, disent MM. *Poncet* et *Leriche*, qui ne se résout pas, et tend à la chronicité, un rhumatisme qui procède par poussées subaiguës, un rhumatisme qui ankylose : c'est souvent une tuberculose qui se montre et qu'il faut dépister ! »

Il nous est impossible, dans ce travail, de décrire

avec force détails les procédés de laboratoire que le médecin a, à sa disposition pour reconnaître bactériologiquement, la nature d'un rhumatisme.

L'inoculation au cobaye du liquide articulaire, se heurte en pratique à un obstacle d'ordre majeur : c'est que le liquide articulaire manque très souvent ; d'autrefois, il est trop peu abondant. Ce moyen de recherche sera donc fréquemment en défaut. D'autre part, le clinicien est obligé d'attendre des semaines et des mois, les résultats d'inoculation, étant donné la faible virulence de ces arthropathies atténuées.

Enfin, MM. *Poncet* et *Leriche* ont fait remarquer que les inoculations négatives ne signifient rien. Le cyto-diagnostic est impossible à faire, étant donné l'insuffisance du liquide. La recherche du bacille de Koch devient impossible, par suite de l'absence du microbe dans les articulations.

L'épreuve à la tuberculine est un mode très délicat et dangereux, qui ne peut être à la portée de tous les praticiens, et dont la valeur absolue est bien loin d'être établie. Le séro-diagnostic est, « de toutes les méthodes, la plus sûre et la plus commode. » (*Poncet* et *Leriche*.) C'est M. le Professeur *Paul Courmont* qui montra le premier, le pouvoir agglutinatif des sérosités pathologiques. Dans sa communication à la Société de Biologie, il concluait ainsi : « Le diagnostic de la nature des épanchements des séreuses, par la séro-agglutination du bacille de Koch, par ses sérosités elles-mêmes, constitue le procédé le plus rapide de diagnostic expérimental. Une séro-réaction posi-

tive est un signe de très grande valeur en faveur de la tuberculose. *Une séro-réaction négative ne constitue qu'une présomption en sens inverse, puisque certains épanchements tuberculeux ne donnent pas d'agglutinations.* »

On voit donc, que de l'avis même de son auteur, la séro-réaction ne saurait être considérée comme un moyen sûr et infaillible, elle donne souvent lieu à l'interprétation.

En réalité, nous croyons que les moyens actuels de recherches au laboratoire, dont nous disposons pour nous aider à faire un diagnostic bactériologique du rhumatisme tuberculeux, sont loin d'avoir une valeur absolue. A propos d'une malade chez laquelle, les procédés de laboratoire avaient donné des résultats, en contradiction flagrante avec l'interprétation des signes cliniques, M. le Professeur agrégé *Savy*, disait, récemment, dans une de ses leçons si instructives, et que nous suivions avec un intérêt tout particulier : « *L'examen clinique prime tous les autres* ».

Dans une note à l'Académie des Sciences, MM. *S. Arloing* et *Thévenot* disaient : « Les moyens de diagnostic expérimentaux sont révélateurs de l'infection bacillaire plutôt que des lésions tuberculeuses, palpables, et par conséquent, il est permis de prévoir des désaccords, souvent plus apparents que réels, entre le diagnostic expérimental et le diagnostic post-moteur, et ceci d'autant plus aisément qu'en raison de la subtilité du diagnostic expérimental, les infections qu'il dénoue peuvent guérir ou disparaître sans laisser de trace. »

Nous concluons donc que le rhumatisme tuberculeux ne présente pas de symptômes pathognomoniques suffisants, pour nous permettre de dépister facilement cette maladie ; d'autre part, les méthodes de laboratoire souvent assez compliquées, et demandant à être faites dans les services de l'hôpital ou dans les laboratoires spéciaux, ne peuvent pas encore entrer dans la pratique courante.

Toutefois, étant donné l'intérêt qu'il y a pour le malade et le médecin de dépister une bacillose encore ignorée, latente, ainsi que de faire un diagnostic différentiel entre le rhumatisme tuberculeux, la maladie de Bouillaud, ou toute la série de rhumatismes pseudo-infectieux, importance considérable, aussi bien en ce qui concerne la thérapeutique immédiate, (puisque dans la maladie que nous étudions ici, le traitement salicylé est désespérément inefficace) que pour ce qui est de l'évolution ultérieure, le médecin ne négligera aucun moyen, de recherches clinique et bactériologique, pour arriver à porter un diagnostic exact et précoce. Il doit cependant être prévenu, que les résultats obtenus par les méthodes de laboratoire n'ont pas une valeur exclusive, et demandent à être interprétées. Nous avons essayé, dans l'exposé qui précède, de donner une description clinique aussi détaillée que possible. Nous ne saurions donc y revenir. Ajoutons seulement, que l'inefficacité du traitement salicylé est en faveur de la nature tuberculeuse du rhumatisme.

CHAPITRE IV

Pronostic.

Le pronostic du rhumatisme tuberculeux est essentiellement variable.

On doit, d'ailleurs, l'envisager à deux points de vue :

Le pronostic de l'arthrite et le pronostic de la tuberculose qui l'a engendrée.

Dans sa forme aiguë, le rhumatisme tuberculeux peut guérir, après un repos plus ou moins prolongé ; mais de nouvelles attaques peuvent survenir.

Dans un certain nombre de cas, où la lutte tourne définitivement à l'avantage des jointures, le mal n'y laisse aucune trace de son passage. Les jointures recouvrent, plus ou moins rapidement, leur intégrité fonctionnelle ; on n'y observe ni douleur, ni raideur, ni craquements. Ce sont les cas les plus légers.

Toutefois, les articulations ainsi atteintes une première fois, peuvent servir de points d'appel, à une localisation nouvelle et ultérieure de la maladie.

Dans une deuxième série de faits, le processus

tuberculeux évolue encore vers la guérison. La tuberculose disparaît, sans laisser de vestiges de sa propre présence ; mais dans certaines jointures, les réactions que son atteinte a provoquées dans les tissus, ont été trop énergiques, et mal appropriées aux nécessités de la défense ; elles persisteront, et les lésions s'organiseront lentement, vers un processus de réparation, qui se fera au détriment de la jointure. C'est alors, qu'on voit, une ou plusieurs articulations rester douloureuses et tuméfiées ; les muscles voisins s'atrophient ; les ligaments et la capsule s'épaississent ; les tendons péri-articulaires contractent des adhérences avec leur gaine ; les mouvements se limitent chaque jour davantage, et finalement... l'articulation s'immobilise.

Lorsque le rhumatisme tuberculeux survient chez un sujet jusque-là indemne de toute tare morbide (rhumatisme tuberculeux aigu primitif), il présente un indice grave, puisqu'il révèle chez lui, l'existence d'une bacillose jusqu'alors insoupçonnée ; mais en permettant de dépister la maladie à son début, à une « période où la tuberculose est la plus curable de toutes les maladies chroniques » son apparition joue de ce chef, vis-à-vis du malade, un rôle des plus salutaires.

Survenant même à la suite d'une tuberculose à allure plus ou moins aiguë, d'apparence plus ou moins grave, ce rhumatisme peut être le premier indice d'une détente, dans les manifestations morbides ; un véritable phénomène critique, annonçant une évolution plus torpide et plus bénigne.

Dès leurs premières communications, MM. *Poncet*

et *Leriche* ont insisté, sur l'existence d'une sorte de balancement, entre la tuberculose viscérale et ses localisations articulaires.

Ils ont décrit des cas, où les manifestations articulaires furent suivies, à bref délai, de la disparition clinique parfois complète, des certains accidents tuberculeux préexistants.

En revanche, il existe un autre groupe des faits — rares, il est vrai — où l'apparition des phénomènes articulaires chez un tuberculeux, fut le signal de désordres extrêmement graves.

Les formes chroniques déformantes doivent dicter au médecin un pronostic réservé, étant donné la rapidité et la constance, avec laquelle elles évoluent vers l'impotence et l'infirmité des malades qui les présentent.

Quant au pronostic *quoad vitam*, ces formes ne mettent pour ainsi dire jamais, la vie du malade en danger.

L'arthrite ankylosante est toujours une forme sévère.

La tendance invincible vers l'ankylose de cette forme, n'est presque pas influencée par la thérapeutique usuelle, et si la vie n'est pas trop gênée, par une ankylose unique en bonne fonction, les ankyloses polyarticulaires font, de ces malades, de lamentables infirmes.

En ce qui concerne le pronostic de la tuberculose elle-même, généralement, les tuberculeux rhumatismaux font, de bonnes formes de tuberculose (*Poncet* et *Leriche*).

Les lésions viscérales permettent chez eux une longue survie. La sclérose qu'ils font autour de leurs lésions, ils la font partout ; ils se vaccinent ainsi lentement contre une infection plus virulente. (Poncet).

Betchow a insisté récemment, sur la bénignité de la tuberculose chez les rhumatisants. « Tolérance, bénignité, curabilité est la devise pronostique, que ces malades peuvent recevoir comme consolation, au moment où le dur diagnostic de tuberculose doit leur être porté ».

CHAPITRE V

Traitement.

Cette affection étant une manifestation parfois la première de la tuberculose, ce sera conjurer des accidents, plus graves, à la fois locaux et généraux, que « de placer de tels bacillaires, dans les meilleures conditions de résistance » (Poncet).

Le traitement, pendant la phase aigue de l'affection, s'adressera déjà à l'état général du sujet, mais visera surtout les phénomènes locaux qui dominent la scène — et spécialement la douleur.

Celle-ci, par son intensité, peut dans certains cas, devenir pour le malade, un véritable supplice, et supprimer pour lui tout sommeil. En effet, ses paroxysmes surviennent de préférence la nuit.

La première indication est l'immobilisation méthodique des jointures atteintes. Cette immobilisation qui s'impose pour toute arthrite aiguë ou douloureuse, sera ici, d'autant plus nécessaire, que l'affection peut évoluer plus tard, vers la tumeur blanche. Dans certains cas, les malades se trouveront bien

d'un développement ouaté de la région inflammé ; d'autrefois, au contraire, la chaleur produit une exacerbation des phénomènes locaux.

C'est là une affaire de susceptibilité individuelle dont il faudra tenir compte dans chaque cas.

La jointure une fois immobilisée, on pourra mettre en œuvre certains moyens antiphlogistiques locaux.

MM. Poncet et Leriche ont remarqué, que certains malades se trouvent bien avec les applications d'eau froide, *ce qui est contraire pour la maladie de Bouillaud.*

On peut également employer certains révulsifs comme la teinture d'iode, pointes de feu etc.

Mais d'après MM. Poncet et Leriche, le vésicatoire, constitue le procédé de choix.

« La révulsion locale prouite à l'aide de vésicatoire a souvent un effet de fixation ; ces vésicatoires de fixation localisent les lésions qui s'atténuent et disparaissent du côté des articulations. » (Poncet)

M. le Professeur agrégé *Thévenot* affirme : « Le vésicatoire est le seul procédé qui puisse soulager le malade, quand tous les autres moyens thérapeutiques ont échoués ».

Contre la douleur, il est inutile et dangereux de perdre son temps à administrer les salicylates par la voie buccale.

Le salicylate de soude, l'antipirine, le pyramidon *n'ont aucune action efficace.*

Il est tout à fait contre-indiqué de continuer leur emploi.

La cryogénine constitue un bon moyen pour soulager la douleur.

En général, l'usage même prolongé de la cryogénine, ne produit pas l'accoutumance. Le professeur *Carrière* n'a vu ce phénomène s'établir, que chez quelques tuberculeux, qui avaient employé ce médicament pendant plusieurs mois.

L'accumulation existe dans une certaine mesure, comme le prouvent les faits suivants, établis dans la thèse de *Chatin* inspirée par le professeur *Poncet* :

« Si l'on donne des doses très faibles, l'effet recherché, ne se produit qu'au bout de 4 à 5 jours;

Avec la méthode des doses répétées l'élimination est prolongée jusqu'à la 98^e heure après l'ingestion de la dernière dose. »

Les faits d'intolérance constituent l'exception.

Cependant *Chatin* ajoute : « Tout en reconnaissant que ce médicament pris aux doses ordinaires n'est pas dangereux, nous ne pouvons pas dire qu'il n'offre aucun ennui; ajoutons d'ailleurs que ses avantages surpassent ses inconvénients. »

Les doses, chez les enfants, recommandées par le Professeur *Poncet*, sont les suivantes : 0 gr. 20 à 0 gr. 60.

Le Professeur *Bard* (de Genève) a préconisé la créosote par la voie buccale, mais surtout en lavements; il recommande aussi le gaiacol sous forme de badigeonnage, de préférence appliqués *loco dolenti*.

La période inflammatoire aiguë, une fois franchie, de nouvelles indications surgissent.

Localement on s'efforcera de prévenir certaines

complications : *en particulier le passage à l'arthrite fongueuse, ou à la forme fibreuse ankylosante.*

Les indications s'inspireront de l'examen journalier des jointures.

La première indication, de mise surtout dans la forme aiguë monoarticulaire, comporte comme principale règle, l'immobilisation, que l'on réalisera, ainsi que pour toute arthrite aiguë, au moyen d'appareils plâtrés, de gouttières métalliques, etc.

Dans certaines formes d'arthrites plastiques aiguës, ayant une tendance invincible à l'ankylose, la surveillance étroite de la position des membres, s'impose plus particulièrement.

Dans les synovites subaiguës, chroniques, à évolution lente, où l'on a moins à redouter le passage à la tumeur blanche, que les raideurs articulaires, que l'ankylose, les frictions méthodiques, les massages, les séances progressives de mobilisation, la mécanothérapie, donnent souvent de bons résultats.

Se trouve-t-on en présence d'hydarthrose, des genoux par exemple, avec épanchement intraarticulaire abondant, des ponctions aseptiques trouvent leur indication.

Elles seront suivies d'immobilisation et de compression méthodiques (*Poncet et Mailland*).

En face de l'arthrite ankylosante, mono ou polyarticulaire on est quelque peu désarmé.

Dans ces formes, souvent, tous les efforts thérapeutiques resteront sans effet.

On essayera cependant, à donner la meilleure position d'utilisation possible des membres.

Une fois l'ankylose définitivement constituée, lorsque le processus est depuis longtemps éteint, et que l'état général est revenu à un point satisfaisant, des résections orthopédiques pourront donner des résultats brillants (*Poncet et Leriche*).

La technique de l'héliothérapie a été fixée au *Congrès de la Tuberculose* en 1905, par *Reboul*.

« Le malade, la tête et les yeux bien protégés, expose au soleil la région atteinte, nue; il doit de préférence être couché, surtout quand il s'agit du membre inférieur.

Le traitement durera en moyenne deux heures par jour : une heure le matin, et une heure le soir en été; deux heures au milieu de la journée le reste de l'année.

Dans un travail récent, M. le Professeur Agrégé *Cordier* a prouvé, que le choix du climat ne paraît pas apporter de très grosses modifications, quant aux résultats obtenus.

Montagne ou bord de la mer, donnent des résultats excellents.

Au reste, *M. Cordier* montre que l'on peut faire de l'héliothérapie à la plaine. « La banlieue lyonnaise — dit cet auteur, — à condition qu'il ne s'agisse pas d'une des grandes plaines industrielles obscurcies de fumée, à une pureté d'atmosphère suffisante. »

Betchow a noté récemment l'influence très favorable du Sanatorium sur cette catégorie de malades. De 500 malades soumis à la cure sanatoriale, il a trouvé 25 rhumatisants tuberculeux. Parmi ces 25, 10 étaient des bacillifères à leur arrivée au Sanato-

rium; chez 6 les bacilles ont disparu, ce qui constitue une proportion de 60 0/0.

D'autre part, les résultats généraux de la cure sanatoriale sont très satisfaisants, puisque Betchow trouve sur ces 500 malades : Résultat bon dans 261 cas = 52 0/0;

résultat assez bon dans 129 cas = 26 0/0;

insuffisants, nuls, ou défavorables dans 107 cas = 22 0/0;

décédés au Sanatorium : 3 cas;

Classées de la même façon, les 25 observations de rhumatisme tuberculeux s'imposent par leur rendement curatif satisfaisant :

Résultat bon dans 18 cas = 72 0/0;

Résultat assez bon dans 5 cas = 20 0/0;

Résultat nul, insuffis. ou défavorable 2 cas = 8 0/0.

Lorsque les lésions seront amendées, on se rappellera que des articulations déjà atteintes une première fois, sont devenues des lieux de moindre résistance et peuvent servir de points d'appel pour une localisation nouvelle et ultérieure de la maladie.

On recommandera aux malades de se mettre à l'abri de toutes les causes qui pourront favoriser cette récidue : froid, surmenage, fatigue, etc.

Le traitement général complet de la tuberculose, appliqué dès le début, sera prolongé aussi longtemps que cela sera nécessaire.

CONCLUSIONS

Ayant eu l'occasion d'observer, au cours de nos études, quelques cas de rhumatisme tuberculeux, notamment un très beau cas dans le service de Monsieur le Professeur Mouriquand, nous avons voulu, reprendre l'étude de la maladie de Poncet qui, depuis 1913, a été un peu abandonnée, en France tout au moins.

De nos recherches dans la littérature, il résulte que certains travaux expérimentaux (Dominici et Ostrowsky, Gaudier, Anzilotti) justifient complètement la description de Poncet et Leriche.

L'étude faite par eux reste entière.

Le médecin praticien doit connaître très bien le rhumatisme tuberculeux qui est fréquent, et ne doit pas le confondre avec le rhumatisme simple.

Ce diagnostic doit se faire surtout par la clinique et la recherche des antécédents.

Nous ajouterons que le pronostic au point de vue vital, est généralement bénin.

Le traitement reste très difficile.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
MOURIQUAND.

Vu :
LE DOYEN,
Jean LEPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 16 Novembre 1922.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
J. CAVALIER.

BIBLIOGRAPHIE

- ARLOING et THÉVENOT. — Note à l'Académie des Sciences.
- ALAMARTINE. — Rhumatisme tuberculeux. *Revue de Médecine*, 1907.
- ANDRIEU. — Rhumatisme tuberculeux chez les enfants. *Thèse* Lyon, 1903-04.
- BÁRBIER. — *Bulletin Médical*, 1903, 21 mars et 2 mai.
- BÉRARD et DESTOT. — *Congrès Français de Chirurgie*, 1897.
- BENTZ. — Rhumatisme tuberculeux chez les enfants, *Presse Médicale*, 1903.
- BETCHOW. — *Revue Médicale de la Suisse Romande*, juillet 1922.
- CUBERTAFON. — Des arthrites rhumatismales à forme tuberculeuse, *Thèse* Paris, 1903.
- CHATAIN. — Emploi de la Cryogénine contre le rhumatisme tuberculeux. *Thèse* Lyon, 1904.
- DELOR. — Pathogénie du rhumatisme tuberculeux. *Lyon Médical*, 1903.
- DOMINICI et OSTROWSKY. — Recherches sur les poisons du bacille de la tuberculose. *Tarış*, 1914, Masson, éditeur.
- EGMANN. — Rhumatisme articulaire aigu tuberculeux. *Thèse* Lyon, 1901-02.
- GAILLARD. — Polyarthrites aiguës tuberculeuses. *Thèse* Paris, 1902-03.
- GAUTHIER. — *Lyon Médical*, 1905.
- GAUDIER et GORSE. — Recherches expérimentales sur la tuberculose inflammatoire chirurgicale, in *Orthopédie et Tuberculose chirurgicale*.

GENIAUX. — Recherches cliniques et expérimentales sur le rhumatisme articulaire aigu, tuberculeux. *Thèse Lyon*, 1902.

LIÉNARD. — Rhumatisme chronique chez l'enfant. *Thèse Lille*, 1905.

MAILLAND. — Rhumatisme tuberculeux primitif, *Gazette des Hôpitaux*, 1903.

— *Revue de Médecine*, 1903.

— *Archives générales de Médecine*, 1905.

— Rhumatisme chronique chez l'enfant. *Thèse Nancy*, 1907.

MAZOT. — De la fréquence du rhumatisme tuberculeux primitif. *Thèse Lyon*, 1905-06.

MARTIN. — Rhumatisme tuberculeux. *Thèse Lyon*, 1902-03.

MOURIQUAND. — Rhumatisme tuberculeux infantile. *Gazette des Hôpitaux*, 1904.

LIONNET. — Les arthropathies rhumatiformes au cours de la tuberculose pulmonaire chez l'enfant. *Thèse Paris*, 1904.

MOURIQUAND et MICHEL. — Rhumatisme chronique, in *Traité de Médecine de Sergent*.

LATARJET. — *Soc. Nat. de Méd. de Lyon*, 21 mars 1904.

DE MOUXY. — Rhumatisme tuberculeux au Sanatorium d'Hauteville. *Thèse Lyon*, 1904-05.

RAYNAUD. — Pseudo-rhumatismes infectieux et rhumatismes tuberculeux. *Thèse Paris*, 1904.

PECHINÉ. — Rhumatisme tuberculeux primitif. *Thèse Lyon*, 1903.

JUNÈS. — Polyarthrite aiguë. Tuberculose bénigne. *Thèse Paris*, 1905.

PATEL. — Rhumatisme tuberculeux chez les enfants. *Gazette des Hôpitaux*, 1903.

— *Gazette hebdomadaire*, 1903.

— *Revue de Chirurgie*, 1901.

Paul COURMONT. — *Société de Biologie*.

PONCET et LERICHE. — Rhumatisme tuberculeux, Paris, 1909, Doin, éd.

— Tuberculose inflammatoire, Paris, 1912, Doin, éd.

— Rhumatisme tuberculeux ankylosant, in *Revue de Chirurgie*, 1905.

- Tuberculose inflammatoire, in *Revue de Chirurgie*, 1909.
 - *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 1914.
 - *Lyon Médical*, 1906.
 - PONCET. — Rhumatisme tuberculeux ankylosant. *Bulletin Médical*, 1910.
 - *Congrès Français de Chirurgie*, 1897.
 - *Lyon Médical*, 1904.
 - *Soc. Méd. de Lyon*, 1904.
 - *Soc. Méd. de Lyon*, 1902.
 - PONCET et MAILLAND. — Rhumat. tuberculeux. L'œuvre médico-chirurgicale du Docteur Critzmann.
 - PONCET. — Rhum. tuberculeux primitif. *Gazette des Hôpitaux*, 1903.
 - LERICHE. — *Revue d'Orthopédie*, 1905.
 - TEISSIER. — Rapport au Congrès de Liège, 1905.
 - TREBENEAU. — Fréquence du rhumatisme tuberculeux dans les tuberculoses viscérales et locales. *Thèse Lyon*, 1902.
 - THÉVENOT. — *Bulletin Médical*, 1903.
 - *Gazette Médicale de Paris*, 1903.
 - SOUQUES et CAWADIAS. — *Soc. Méd. Hôp. Paris*, 1907.
 - Mlle TOMPAPOLSKY. — *Thèse de Montpellier*.
 - REBAUT. — *Congrès de la Tuberculose*, 1905.
 - CORDIER. — *Journal de Médecine de Lyon*.
-

TABLE DES MATIERES

Avant-propos.....	7
Chapitre I. — Etiologie - Pathogénie - Fréquence	9
Chapitre II. — Symptomatologie et formes cliniques.....	20
Chapitre III. — Diagnostic.....	76
Chapitre IV. — Pronostic.....	81
Chapitre V. — Traitement.....	85
Conclusions.....	91
Bibliographie.....	93
